



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Intervenção Psicomotora na Clínica do Parque- Hospital Dona Estefânia

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Rui Martins

Júri

Presidente:

Professora Doutora Ana Rodrigues, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana

Vogais:

Professora Doutora Paula Lebre, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana

Professor Doutor Rui Martins, professor auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana

Ariana Filipa Morte Rodrigues

2019

Agradecimentos

Obrigada Professor Rui Martins pelo apoio académico e emocional ao longo deste período, por responder a todas as questões emergentes, que foram muitas, mas sobretudo por me ensinar a refletir e a saber responder às minhas próprias dúvidas e tornar-me uma profissional mais autónoma e consciente.

Obrigada Dr.^a Luísa Costa, pela disponibilidade, compreensão, carinho e pelo esforço em passar para mim um bocadinho do que é ser uma excelente psicomotricista e pelos desafios lançados para me fazer crescer e aprender a arte de ser terapeuta no contexto de saúde mental.

Obrigada à Dr.^a Susana, Enfermeiro Ricardo, Enfermeira Arlete e Dr.^a Paula, por me receberem com tanta disponibilidade e me integrarem um bocadinho nos seus mundos profissionais também, não esquecendo a D. Ana sempre disponível para me ouvir e por fazer os lanches da manhã maravilhosos que faz.

Obrigada a todas as crianças que me fizeram estudar e perceber mais desta área para os puder ajudar e que me provaram todos os dias que ser psicomotricista pode ser assustador, mas é a melhor profissão que poderia escolher e que me faz ser feliz.

Obrigada aos meus pais que ouviram cada momento incrível, e abraçaram em cada momento menos bom desta experiência, que me fizeram a pessoa que sou hoje e todos os dias me lembram que casa é o sítio que acalma o coração nos dias cinzentos, e que olham para mim com um orgulho desmedido.

Obrigada ao Mário, o meu melhor amigo e parceiro de relatório de estágio, que me acompanhou nesta fase e me dá a mão todos os dias e me lembra do que sou capaz quando eu não o consigo ver.

Obrigada à Rita, ao Pedro, ao Filipe, ao João Bruno, ao Miguel, à Cláudia, à Marta, à Soraia, à Sofia, à Beatriz, ao João, ao Isaías e à Joana por serem a minha força.

Obrigada à Catarina e à Cláudia por serem tão madrinhas no primeiro como no último ano desta jornada, e me guiarem tanto neste relatório como na vida profissional.

Resumo

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, realizado na Clínica do Parque, Hospital Dona Estefânia. O estágio curricular contou com sessões de intervenção psicomotora com oito crianças, na área da saúde mental infantil. O relatório aborda a análise e progresso da intervenção terapêutica, de um modo mais específico em dois estudos de caso, bem como a estrutura e modo de funcionamento da equipa multidisciplinar e as suas relações com a comunidade. Em termos de contextualização, foi realizado um enquadramento teórico, legal e institucional que vai de encontro ao que foi experienciado ao longo do ano letivo. Por fim, uma reflexão conclusiva sobre a experiência profissional.

O primeiro estudo de caso descreve o caso de uma criança sem diagnóstico atribuído, mas com características de perturbação de hiperatividade e défice de atenção e ansiedade generalizada, cuja intervenção integrou sessões individuais. O segundo estudo de caso diz respeito a uma criança também com ausência de diagnóstico, mas com sintomatologia ansiosa, com uma intervenção em contexto de grupo. Para cada um destes estudos de caso, estão descritos os processos de avaliação, planeamento de objetivos, programa pedagógico-terapêutico, resultados e respetiva análise. Através desta experiência, foram verificados os resultados positivos da intervenção psicomotora, associado a evoluções positivas na generalidade dos casos.

Palavras-chave: Clínica do Parque; Hospital Dona Estefânia; Intervenção Psicomotora; Pedopsiquiatria; Perturbações Emocionais; Desenvolvimento; Perturbações da Ansiedade.

Abstract

This report describes the internship activities carried out under the Psychomotor Rehabilitation Masters Degree, Deepening Professional Skills Branch, Faculty of

Human Motricity, University of Lisbon, held at Clínica do Parque, Dona Estefânia Hospital. The report addresses the analysis and progress of therapeutic intervention, more specifically in two case studies, as well as the structure and mode of operation of the multidisciplinary team and their relationships with the community. In terms of contextualization, a theoretical, legal and institutional framework was developed according to what was experienced throughout this year. Finally, a conclusive reflection about this professional experience.

The first case study describes the case of an undiagnosed child with characteristics of hyperactivity disorder and attention deficit and generalized anxiety, whose intervention included individual sessions. The second case study concerns a child also with no diagnosis but with anxious symptomatology, with an intervention in a group context. It is described, for each of these case studies, the processes of assessment, goal planning, pedagogical-therapeutic program, results and their analysis. Through this experience, we verified the positive results of psychomotor intervention, associated with positive developments in most cases.

Keywords: Clínica do Parque; Dona Estefânia Hospital; Psychomotor Intervention; Pedopsychiatry; Emotional Disorders; Development; Anxiety disorders.

Índice Geral

Agradecimentos	1
Resumo	2
Abstract	2
Índice Geral	4
Índice de Tabelas.....	7
Introdução	8
1 Enquadramento Teórico.....	11
1.1 Saúde Mental.....	11
1.1.1 Saúde Mental: Definição e Estatísticas.....	11
1.1.2 Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal	12
1.1.3 Saúde Mental Infantil em Portugal	13
1.2 Psicomotricidade	14
1.2.1 A Psicomotricidade.....	14
1.2.2 Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil	15
1.2.3 Estrutura de uma sessão	18
1.2.4 O Espaço e os Materiais	19
1.2.5 Intervenção em Grupo.....	20
1.2.6 Metodologias de Intervenção em Saúde Mental Infantil	21
1.2.6.1 O Jogo	21
1.2.6.2 Relaxação Psicossomática.....	23
1.2.6.3 Método de relaxação terapêutica para crianças de Jean Bèrges e Marika Bounes	24
1.2.7 O Papel do Psicomotricista	25
1.3 Problemáticas dos casos acompanhados	25
1.3.1 Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção	26

1.3.2	Instabilidade Psicomotora	28
1.3.3	Perturbações da Ansiedade	29
1.3.3.1	Perturbação da Ansiedade de Separação.....	29
1.3.4	Perturbação da Vinculação	30
1.3.5	Perturbação da Conduta	32
2	Enquadramento Institucional	33
2.1	Caracterização do Serviço da Clínica do Parque	33
2.2	Hospital de Dia- Clínica do Parque	34
2.2.1	Horário e Funcionamento.....	35
2.2.2	Serviço de Psicomotricidade do Hospital de Dia.....	36
2.2.2.1	Sessão Tipo.....	36
2.2.3	Recursos Humanos.....	37
2.2.4	Recursos Materiais.....	37
2.2.5	Articulação com a Comunidade	38
3	Realização da Prática Profissional	42
3.1	Atividades de Estágio.....	42
3.2	Calendarização	42
3.3	Horário	43
3.4	Caracterização geral da população atendida.....	44
3.5	Evolução da população atendida	44
3.6	Instrumentos de Avaliação	46
3.6.1	Grelha de Observação do Comportamento (Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins & Simões, 2015)	47
4	Estudos de Caso.....	48
4.1	Estudo de Caso I.....	48
4.1.1	Caracterização Anamnésica	48
4.1.2	Avaliação Inicial.....	50
4.1.3	Hipóteses Explicativas	51
4.1.4	Fatores de risco e proteção.....	51

4.1.5	Perfil Intraindividual	52
4.1.6	Projeto Terapêutico	52
4.1.6.1	Objetivos.....	53
4.1.6.2	Atividades	54
4.1.6.3	Estratégias.....	54
4.1.7	Progressão do projeto terapêutico	55
4.1.8	Avaliação Final	57
4.1.9	Discussão de resultados e conclusões	58
4.2	Estudo de Caso II.....	59
4.2.1	Caracterização Anamnésica	59
4.2.2	Avaliação Inicial.....	60
4.2.3	Hipóteses Explicativas	62
4.2.4	Fatores de risco e proteção.....	62
4.2.5	Perfil Intraindividual	63
4.2.6	Projeto Terapêutico	63
4.2.6.1	Objetivos.....	64
4.2.6.2	Atividades	65
4.2.6.3	Estratégias.....	65
4.2.7	Progressão do projeto terapêutico	66
4.2.8	Avaliação Final	68
4.2.9	Discussão de resultados e conclusões	69
5	Atividades Complementares de Formação	70
5.1	Reuniões do Núcleo de Estágio	70
5.2	Reuniões com Orientadora Local	71
5.3	Reuniões com os Professores	71
5.4	Reuniões Multidisciplinares	72
5.5	Formação Adicional.....	72
5.6	Apresentação de trabalhos	72
	Conclusão	73

Referências Bibliográficas	Erro! Marcador não definido.
Anexo A – Avaliação Inicial do Mário	82
Anexo B – Avaliação Final do Mário	88
Anexo C – Avaliação Inicial do Filipe.....	95
Anexo D – Avaliação Final do Filipe.....	100
Anexo E – Apresentação “Intervenção de Grupo Vs Intervenção Individual”	104
Anexo F – Póster “Intervenção Psicomotora nas Perturbações da Vinculação” ...	108

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Calendarização das atividades	43
Tabela 2 - Horário das atividades de estágio	43
Tabela 3 - Resultados qualitativos da população atendida	44
Tabela 4 - Fatores de risco e proteção.....	51
Tabela 5 - Áreas fortes e a desenvolver.....	52
Tabela 6 - Perfil intraindividual do Mário	53
Tabela 7 - Fatores de risco e proteção do Filipe	62
Tabela 8 - Áreas fortes e a desenvolver do Filipe	63
Tabela 9 - Perfil intraindividual do Filipe.....	64

Introdução

O presente relatório destina-se à descrição e caracterização das atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RCAP) do mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.

De acordo com as indicações apresentadas nas Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2016), esta unidade curricular tem como objetivos a evolução e aprofundamento dos conhecimentos abordados na área de Reabilitação Psicomotora, dotando os discentes de competências de organização e planeamento, permitindo-lhes uma visão realista da profissão. Assim, os estudantes são integrados num contexto profissional particular, onde têm o espaço para aplicarem os seus conhecimentos nos âmbitos de avaliação e intervenção, e a respetiva integração nas equipas multidisciplinares e no contexto comunitário envolvente.

O estágio abordado no presente relatório foi desenvolvido entre outubro de 2017 e junho de 2018, na Clínica do Parque- Hospital Dona Estefânia. Neste período, foram desenvolvidas atividades de acompanhamento terapêutico e co terapêutico, direcionadas para crianças com perturbações emocionais e comportamentais. Incluído neste estágio estiveram momentos de avaliação, reuniões de equipa e intervenção em grupo e individual no âmbito da psicomotricidade.

Relativamente à estrutura deste relatório, a sua divisão está feita consoante diferentes domínios. Inicialmente, será apresentado o enquadramento da instituição onde o estágio decorreu, seguido de uma revisão da literatura das patologias ou características patológicas com que a estagiária teve contacto – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Instabilidade Psicomotora, Perturbações da Ansiedade, Perturbações da Vinculação e Perturbações da Conduta – e a respetiva descrição e análise da população-alvo, com maior enfoque nos estudos de caso. No segundo capítulo, referente à

realização da prática profissional, encontra-se uma análise das atividades e horários de estágio, bem como a descrição dos tipos de intervenção realizados com a discussão particular de dois estudos de caso. Para cada um destes casos será feita uma caracterização anamnésica, os métodos e resultados das avaliações inicial e final, as hipóteses explicativas, os fatores de risco e de proteção, a construção do perfil intraindividual, o projeto terapêutico e a sua progressão e a discussão de resultados e respectivas conclusões. Por fim, ainda neste capítulo, serão descritas as formações e atividades complementares decorridas durante o ano letivo.

No capítulo final deste relatório, consta uma reflexão e conclusão geral sobre as experiências vivenciadas ao longo do estágio. Em anexo, estão documentos complementares para a compreensão do trabalho realizado, bem como as iniciativas complementares desenvolvidas.

Enquadramento da Prática Profissional

1 Enquadramento Teórico

O presente capítulo destina-se a uma revisão da literatura relativa à intervenção realizada, bem como às problemáticas manifestadas pelos casos observados.

1.1 Saúde Mental

1.1.1 Saúde Mental: Definição e Estatísticas

A saúde mental corresponde a um bem-estar e não apenas à ausência de perturbações mentais, sendo cada indivíduo capaz de avaliar e reconhecer o seu potencial e lidar com as problemáticas do quotidiano, pensar e interagir com os outros de modo a usufruir de uma qualidade de vida, podendo assim cooperar produtivamente com a comunidade onde se insere (World Health Organization [WHO], 2018).

Por outro lado, as perturbações da saúde mental correspondem a uma diminuição da produtividade e inclusão na comunidade (WHO, 2019), e surgem decorrentes de um conjunto de fatores que podem ser determinantes como os fatores individuais e comportamentais, incluindo os fatores biológicos e genéticos, as circunstâncias sociais e económicas e os fatores extrínsecos, como o contexto comunitário e as normas políticas presentes (WHO, 2018). No domínio da saúde mental, as perturbações podem ser casos de depressão, perturbação bipolar, esquizofrenia e outras psicoses, demência, dificuldades intelectuais e desenvolvimentais e perturbações do desenvolvimento, nomeadamente o autismo (WHO, 2019).

Embora o risco associado às perturbações da saúde mental esteja presente em todas as fases da vida, as evidências demonstram que este risco é maior em indivíduos com pouca escolaridade, em situações de desemprego, com dificuldades económicas e para população idosa (WHO, 2018). A realidade dos dias de hoje mostra que as perturbações associadas à saúde mental são responsáveis por nove em vinte das principais causas de deficiência e 10% da carga global de doenças, onde se incluem casos de mortalidade ou incapacidade (WHO, 2018).

A Direção Geral de Saúde (2017), verificou que em Portugal os registos de perturbações mentais aumentaram nos centros de saúde, e que o maior número de suicídios está associado ao género masculino na zona do Alentejo, com uma maior taxa de incidência na faixa etária igual ou superior aos 65 anos. Em termos globais, dos 34 países que incluíram um estudo feito pela WHO (2018), Portugal teve a quarta mais elevada taxa de prevalência anual de perturbações mentais comuns (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017).

1.1.2 Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal

O Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 foi um plano criado pela Organização Mundial de Saúde, contendo diversas medidas para atingir certas metas relativamente à saúde mental por parte dos diversos países (WHO, 2013).

Em Portugal, neste contexto, foi então criado um Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que correspondesse aos critérios do Plano Nacional de Saúde e que contivesse os referenciais enunciados pela Organização Mundial de Saúde. No entanto, veio a evidenciar-se que Portugal estava progressivamente a afastar-se destas orientações europeias, sendo um dos problemas principais a falta de acesso aos cuidados de saúde mental e aos respetivos modelos de intervenção por parte da população (DGS, 2008).

Desta forma, em Portugal foi aprovada a decisão por parte do Ministério da Saúde, de prolongar o Plano Nacional de Saúde Mental até 2020 de forma a assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados de promoção de saúde mental, bem como a melhoria dos cuidados dos indivíduos que padecem de doenças deste foro (DGS, 2008). Assim, os objetivos deste plano incluem o aumento da acessibilidade e qualidade dos serviços psiquiátricos nos cuidados de saúde primários, a integração dos cuidados continuados no âmbito da saúde mental, a dinamização da aplicação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde mental (DGS, 2008).

Em Portugal, é a Lei n.º 36/98, Lei de Saúde Mental, que regulamenta as políticas e procedimentos a adotar relativamente a esta área. Segundo os princípios gerais abrangidos por esta lei, a prestação dos cuidados ao nível da saúde mental

é fornecida pelo Serviço Nacional de Saúde ou, sob fiscalização estatal, por entidades privadas, com ou sem fins lucrativos. Relativamente ao local de estágio abordado neste relatório, a sua forma de prestação de cuidados vai de encontro ao que está estipulado legalmente, com uma integração dos cuidados na comunidade, para que não haja um maior afastamento dos indivíduos do seu ambiente contextual do quotidiano.

Na legislação, ao abrigo do Decreto-Lei n. °35/99, encontram-se estabelecidos os critérios de organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, sendo que é aqui que se encontra descrito o serviço ambulatorio como sendo uma estrutura própria e em articulação com estabelecimentos de ensino. Relativamente aos cuidados de saúde mental da criança e do adolescente, devem ser definidas equipas multidisciplinares específicas, adequadas à população e as suas características, sob o dever de estarem focadas apenas neste âmbito da infância e adolescência, situação que acontece também no local de estágio descrito no presente relatório.

1.1.3 Saúde Mental Infantil em Portugal

Segundo a WHO (2018), cerca de 20% das crianças no mundo apresentam problemas ou perturbações a nível da saúde mental. No entanto, é difícil definir a fronteira entre um comportamento típico e atípico patológico na fase da infância. Nesta fase, a sintomatologia da criança apresenta um maior significado no contexto familiar e no momento evolutivo em que se encontra, sendo que um bom ambiente familiar com base no conforto e segurança, permitem um desenvolvimento muito positivo destas manifestações (DGS, 2017).

As investigações revelam que adultos com perturbações da sua saúde mental geralmente ultrapassaram alguns obstáculos emocionais na infância. Dessa forma, a promoção de uma saúde mental saudável deve iniciar-se desde a gravidez, onde começa a ser estabelecido um vínculo com o bebé, vínculo este, essencial para providenciar à criança um meio seguro e estável, onde a aprendizagem sobre como integrar-se na sociedade decorre de forma saudável (DGS, 2018).

Segundo Marques e Cepêda (2009), na primeira infância existem alguns sinais de alerta a que devemos manter-nos atentos no que toca ao desenvolvimento saudável da saúde mental da criança, nomeadamente, dificuldades na díade mãe-bebé, dificuldades na autorregulação e exploração por parte do bebé, dificuldades relacionais, problemas na reciprocidade social, perturbações alimentares e insónias graves. Já na idade escolar, é motivo de alerta as dificuldades de aprendizagem desassociado de um défice cognitivo, recusa escolar, agitação motora fora da norma, presença de medos excessivos associados a ansiedade, pesadelos frequentes e dificuldades na rotina de sono, agressividade e comportamento opositor, dificuldades na socialização com isolamento ou comportamentos desadequados, somatizações múltiplas ou persistentes (Marques & Cepêda, 2009).

Segundo a orientação da DGS (2008), estas características que devem alertar para uma referenciação à consulta de saúde mental infantil e juvenil, devem ter um carácter intenso e frequente, estar presente no percurso de desenvolvimento, ter impacto no quotidiano da criança, repercussões no desenvolvimento psicológico, um contexto familiar patológico, comportamentos desadequados para a faixa etária e uma associação de vários sintomas.

1.2 Psicomotricidade

1.2.1 A Psicomotricidade

A psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal baseada numa visão do corpo e da mente como uma unidade (European Forum of Psychomotricity [EFP], 2019) que integra funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2018).

Como tal, o corpo é visto como um veículo de ação, comunicação e conhecimento, utilizado primordialmente na infância enquanto objeto de exploração de si e do meio (EFP, 2019), sendo então um dos objetivos primordiais da psicomotricidade, o entendimento e análise do comportamento e desenvolvimento pessoal através do corpo (Fonseca, 2010), uma vez que a sua motricidade, com os seus gestos e posturas, traduz pensamentos, atitudes e estados emocionais (Boscaini, 2003) que o psicomotricista observa e retira informação que lhe permite

compreender a história pessoal, as representações e vivências tônico-emocionais experienciadas pelo sujeito intervencionado (Martins, 2001).

A intervenção psicomotora atua a nível preventivo ou terapêutico (Boscaïni, 2003; Martins, 2001) através do meio simbólico, lúdico e relacional onde o corpo e a sua motricidade são utilizados como mediadores das relações que possibilitam o reencontro do bem-estar sensório motor, existindo uma busca constante pela melhoria da capacidade adaptativa do indivíduo (Martins, 2001), através da construção ou reconstrução da sua identidade e competências de forma harmoniosa (Boscaïni, 2003).

A psicomotricidade apresenta duas componentes igualmente importantes no contexto terapêutico, que se diferenciam no tipo de atividades praticadas, consoante a origem e características das suas dificuldades. Numa prática mais instrumental, as atividades são mais focadas nos objetos e nas características físicas do envolvimento, com exploração sensoriomotora, motora, gráfica, verbal, sonora ou plástica como modo de valorização da atividade perceptiva e da intencionalidade da motricidade (Martins, 2001).

Numa componente mais relacional e afetiva, são geridas as problemáticas relativas à identidade da criança e a sua expressividade, sendo o foco o psicomotricista como representante de segurança e mediador da relação com os outros, para que se atinja a etapa de exploração livre (Costa, 2008; Martins, 2001). Tendo em conta o contexto do estágio aqui apresentado, será, de seguida, feita uma revisão da literatura mais dirigida para este âmbito relacional.

1.2.2 Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil

Tendo em conta a visão holística do ser humano, a psicomotricidade encara a origem dos distúrbios psicomotores no seio de diversas problemáticas relacionais e afetivas que possam existir, que causam problemas psicológicos funcionais (Boscaïni, 2003).

Estes problemas estão intrinsecamente relacionados com o mau desenvolvimento da organização psíquica e do eu corporal, que só se constrói de forma adequada em função de um parceiro privilegiado (Martins, 2001), ou seja, é a primeira e mais importante relação, a díade mãe-bebé, baseada numa

comunicação não verbal com trocas afetivas e sensações térmicas transmitidas ao bebê que lhe permite descobrir sensações de prazer ou desprazer, calma ou angústia (Chappaz-Pastelli, 1994; Levin, 2014), sensações estas que vão potenciar o processo de desenvolvimento infantil e a construção de uma boa e sólida estrutura psicoafectiva (Almeida, 2005).

O desenvolvimento saudável desta relação primordial é essencial para que a criança adquira a segurança necessária para investir no mundo exterior e nos outros objetos que irão funcionar como mediadores da gestão da distância interpessoal, e assim, a criança começa a construir a sua identidade corporal e psíquica, aprendendo a diferenciar-se do outro e a construir os seus conceitos de espaço e tempo, definindo-se posteriormente no campo social (Chappaz-Pastelli, 1994).

Esta estruturação corporal e psíquica da criança acontece posteriormente sob três fases distintas da motricidade humana, segundo Onofre (2004), nomeadamente: do experienciado ao sentido, fase resultante da receção de informações interoceptivas, estímulos e impulsos viscerais, em combinação com informações propriocetivas, resultante de estímulos periféricos; do sentido ao compreendido, onde a criança começa a organizar o que sente e a experimentar, através dos estímulos externos, exteroceptivos; e do percebido ao representado, em que a criança começa a fazer representações mediante as respostas que obtém dos estímulos, adquirindo uma consciencialização do que se passa à sua volta.

Quando esta dinâmica do desenvolvimento é comprometida, surgem problemas relacionais que comprometem a adaptação da criança, surgindo as patologias a nível da saúde mental (Martins, 2001), nomeadamente, perturbações emocionais, comportamentais e desenvolvimentais (Emck, 2004; Vecchiato, 2003) que se manifestam no pensamento simbólico, sendo este a base do entendimento dos afetos e relações com os outros (Costa, 2003).

Neste âmbito surge a psicomotricidade com o intuito de compensar estas dificuldades que não são reduzidas à disfunção, mas sim integradas e interpretadas sob o ponto de vista da história pessoal de cada um a nível de possíveis repressões e interdições que vão consequentemente afetar o inconsciente e a expressão tónica

da criança, o que irá ter um impacto negativo na sua criatividade e expressão da individualidade (Martins, 2001).

Desta forma, na metodologia da intervenção psicomotora mais relacional devem ser trabalhados os limites entre a identidade e a fusionalidade, de forma a permitir que a criança reviva simbolicamente as primeiras experiências tônico emocionais e comunicativas, com uma recriação da relação primordial corporal e íntima, de forma a ultrapassar os bloqueios emocionais, com espaço e liberdade para poder experienciar os seus desejos com base num clima permissivo, seguro e de afetividade (Akasha, 2004; Guimarães, Frazão, Melo, Duarte & Toledo, 2016; Martins, 2001), experienciando assim uma relação regressiva com o corpo do psicomotricista, cujo objetivo é ir à origem do conflito interno, para poder dar sentido a todas as situações que advieram desse conflito original, e puder reestruturar-se as diversas etapas da organização do psiquismo (Lapierre, 2008).

É através desta regressão às primeiras vivências afetivas com o terapeuta que a criança pode recuperar uma carga afetiva positiva, isto é, o desejo de comunicação e exploração do mundo exterior (Guimarães et al., 2016), que é adquirido normalmente na relação com a figura materna, e nestes casos é posteriormente recuperado pelo substituto simbólico que representa o psicomotricista (Vecchiato, 1989). No entanto, este processo tem de ser muito bem planeado para que a experiência regressiva não contenha atividades proporcionadas pelo psicomotricista que façam a criança reviver situações ou emoções causadoras das dificuldades motoras ou relacionais, uma vez que o terapeuta nunca deve representar a imagem que a criança tem dos adultos com quem mantém uma relação atribulada (Martins, 2001).

Posteriormente a esta fase de dependência do terapeuta, surge então a fase em que começa a surgir um desejo de destruição das construções simbólicas previamente elaboradas que tiveram um papel de contenção, sendo esta a manifestação do desejo da libertação da dependência materna e o desejo da autonomia (Lapierre, 2008), uma fase em que o psicomotricista deve progressivamente afastar-se de modo a estimular a criança na procura por outro objeto simbólico que substitua o que representa o corpo do terapeuta, levando

consequentemente ao equilíbrio entre a necessidade de dependência e o desejo de afirmação do próprio, o que conduz à autonomia (Vecchiato, 1989).

Concluindo, sob esta lógica, o psicomotricista deve ter um olhar holístico sobre as capacidades motoras, cognitivas e emocionais dos indivíduos bem como para o corpo em interação com o envolvimento como um palco onde o “eu” do sujeito se expressa, sendo encarado como o principal instrumento de trabalho utilizado pelo psicomotricista (Martins, 2001). O objetivo primordial está então em que o sujeito intervencionado adquira a capacidade de expressar as suas emoções e necessidades num ambiente controlado e de forma adequada, tornando a vivência corporal do indivíduo satisfatória, havendo melhorias a nível da regulação tónica, esquema e imagem corporal, atenção, equilíbrio, autoestima e comunicação verbal e não verbal (Martins, 2001).

1.2.3 Estrutura de uma sessão

Em termos estruturais, a duração de uma sessão é uma variável que alterna conforme o que é experienciado nas sessões, sendo que o terapeuta deve estar sempre disponível para a expressão das vivências emocionais da criança, independentemente do tempo que isso dure (Costa, 2008). No entanto, a criança também usufrui da liberdade para interromper a sessão quando quiser (Vecchiato, 1989). Não obstante, é mais ou menos definido que o tempo de duração de uma sessão ronde entre os quarenta e cinco a cinquenta minutos (Costa, 2008).

No contexto de uma sessão de carácter mais relacional, privilegia-se alguns momentos importantes que ajudam a estruturar e organizar a criança. Inicialmente, realiza-se um ritual de entrada destinado ao momento em que os participantes e técnicos se descalçam e encontram o seu espaço dentro da sala onde vai decorrer a sessão para posteriormente serem discutidas as regras e limites dentro da mesma (Aragón, 2012).

No corpo da sessão propriamente dita é desenvolvida a atividade espontânea, isto é, através das possibilidades oferecidas pelos materiais disponíveis, as crianças têm a liberdade para desenvolver uma atividade que pode ser de cariz sensoriomotor, como o rolar, correr, saltar e trepar, ou simbólico (Aragón, 2012). Aucouturier (1993) destacou a importância de neste corpo de sessão existir um

momento final que dê espaço para a representação do que foi vivenciado neste contexto, através de construções gráficas ou plásticas, permitindo uma elaboração cognitiva das emoções sentidas.

Por fim, antes do término da sessão, é realizado um ritual de saída, momento destinado à verbalização do impacto das experiências vivenciadas (Aragón, 2012).

1.2.4 O Espaço e os Materiais

Segundo Vecchiato (1989), o espaço terapêutico é importante para favorecer a relação entre o psicomotricista e a criança no decorrer das sessões. Segundo este autor, este espaço deve ser amplo o suficiente para que haja liberdade de realizar todos os movimentos corporais, tanto por parte do terapeuta como do sujeito intervencionado (Aragón, 2012; Costa, 2008; Vecchiato, 1989).

Por questões de segurança e conforto, também se destaca a importância do revestimento do chão das salas terapêuticas, uma vez que muito do trabalho do psicomotricista pode ser desenvolvido no chão, além de na maioria das vezes as crianças descalçarem-se antes de entrar na sala, portanto, este deve estar revestido de material que não seja frio no contacto com o corpo (Aragón, 2012; Vecchiato, 1989), e deve ser feito de um material amortecedor em casos de quedas (Costa, 2008). Naturalmente, também o ruído é um aspeto importante, uma vez que é imperioso que se viva um ambiente de tranquilidade, a sala deve então estar isolada a nível de som, mas permitir uma boa acústica para quando são utilizados os sons sugestivos de euforia ou zanga no contexto lúdico (Costa, 2008).

Em termos de material disponível nas sessões de psicomotricidade, este deve ser simples e com diversas formas de utilização (Vecchiato, 1989), sendo importante que não exista em excesso para não provocar uma quantidade excessiva de estímulos induzidos na criança, retirando o foco da intervenção (Aragón, 2012; Costa, 2008). Além disso, o material também deve ser de carácter atrativo que apele à utilização por parte da criança, induzindo-lhe o desejo de exploração (Costa, 2005), podendo ser a estrutura de uma produção simbólica (Vecchiato, 1989). Os objetos, no seio de uma sessão, funcionam como mediadores da relação entre o terapeuta e a criança, permitindo potenciar os

interesses da criança no desenvolvimento dos seus projetos fantasiosos (Costa, 2005).

1.2.5 Intervenção em Grupo

Os grupos terapêuticos constituem um suporte emocional e oferecem oportunidades únicas de socialização, que permitem trabalhar aspetos como a intimidade, individualidade e interdependência (Rutan, Stone & Shay, 2014). Neste contexto, a ação e comportamento de cada criança têm consequências diretas no ambiente e vivência grupal (Onofre, 2003), o que lhes permite perceber o impacto das suas ações no outro, adquirindo assim uma maior sensibilidade e um maior conhecimento de si, dos seus traços de personalidade e conflitos internos (Costa, 2005).

Sendo a característica e vantagem principal destes contextos o espaço social, os grupos terapêuticos permitem às crianças desenvolver a sua comunicação com a experiência de utilização de diversos modelos de interação sociais e a gestão das distâncias relacionais através da aprendizagem das respostas de aceitação ou rejeição por parte do grupo, incluindo as expressões corporais tradutoras de afeto ou agressividade, favorecendo assim o desenvolvimento simbólico (Costa, 2005).

Quando se intervém terapeuticamente em grupo, Costa (2005) defende a existência de três etapas que devem ocorrer. Inicialmente, segundo o autor, deve ser trabalhado a nível individual o conceito de imagem corporal, tendo em conta que este é um conceito fundamental para a criança conseguir distinguir-se do outro e organizar a sua identidade. Posteriormente, numa segunda fase deve ser permitido às crianças que se relacionem e se agrupem consoante os seus interesses e os materiais que querem explorar, construindo a partir daí os seus jogos e elaborando as suas fantasias. Por fim, na última etapa o terapeuta deve intervir mais como elemento de referência que se certifica da existência do respeito pelos limites, sendo também figura de contenção, fundamental para que as crianças não se sintam abandonadas no espaço e assumam a responsabilidade pelos seus atos.

Após estas três fases, as crianças já se começam a adaptar aos tempos umas das outras, adquirindo a capacidade de espera e escuta para que cada um

dos elementos consiga expor as suas ideias e interesses para a sessão, o que permite que todas se sintam acolhidas no grupo, fazendo-as querer ser melhor e exhibir as suas competências, entrando num ciclo de motivação essencial para a evolução terapêutica (Costa, 2005).

Como tal, as intervenções em grupo constituem uma boa opção. No entanto, algumas desvantagens podem consistir na necessidade de um espaço físico maior para realizar a sessão, a dificuldade de observação individual dos participantes, as dificuldades de adaptação de alguns membros ao ritmo de trabalho ou a dificuldade na gestão do comportamento do grupo. Desta forma, quanto maiores forem as dificuldades dos indivíduos, mais indicado é o acompanhamento individual. Não obstante, numa fase mais avançada, pode ser feita a integração num grupo terapêutico ou intercalar entre o registo individual e o de grupo (Aragón, 2012).

1.2.6 Metodologias de Intervenção em Saúde Mental Infantil

As técnicas de intervenção psicomotora são muito variadas e são utilizadas preferencialmente de acordo com as características dos sujeitos intervencionados, como o nível de maturidade ou a patologia, com o tipo de sessão, mais ou menos estruturada e com a formação do psicomotricista (Aragón, 2012).

Neste relatório serão abordadas as metodologias utilizadas na prática profissional vivenciada no estágio curricular, sendo elas o jogo e a relaxação.

1.2.6.1 O Jogo

Sendo o jogo uma atividade lúdica que potencia prazer e o desenvolvimento global das crianças, esta é uma metodologia terapêutica recorrentemente utilizada pelos psicomotricistas (Aragón, 2012).

Piaget destacou três tipos de jogos ao longo do desenvolvimento infantil, sendo eles os jogos sensoriomotores, jogos simbólicos e jogos de regras (Piaget, 1966). O jogo sensoriomotor tem a sua base no prazer obtido através da estimulação sensorial obtida pelo movimento e manipulação dos objetos e, apesar do seu início coincidir com o período sensoriomotor das crianças, ele não desaparece no final do mesmo, permanecendo ao longo da vida e manifestando-se noutras variantes, como o jogo turbulento. O jogo turbulento, surge por volta dos cinco anos, sendo mais frequente no género masculino e em grupos, e é

caracterizado por atividades de carácter não agressivo como saltos, perseguições e brincadeiras de lutas (Aragón, 2012).

O jogo simbólico, conhecido frequentemente pelo faz de conta, surge por volta dos dois anos e constitui uma forma de relação que as crianças estabelecem com a realidade, sendo uma forma de adaptação aos seus desejos e fantasias (Aragón, 2012). Este tipo de jogo pode ser distinguido em duas fases, sendo que a primeira se manifesta numa forma de jogo individual no âmbito da ficção, ou seja, ainda que as crianças possam partilhar o mesmo espaço não interagem socialmente. Posteriormente, a partir dos quatro anos, surge uma maior proximidade à realidade e o início da interação em grupo, em que cada um faz representações dos papéis sociais que vêm na sua vida quotidiana, com elementos da sua realidade, o que permite às crianças um maior entendimento da forma de funcionamento da sociedade onde estão integradas, bem como o realce das relações sociais com os pares, com a aprendizagem da expressão e gestão dos seus conflitos e sentimentos (Aragón, 2012).

Por volta dos sete anos, surgem então os jogos de regras, de carácter puramente social, definidos pela competitividade entre quem é o vencedor e o vencido com um sistema de regras, sendo que o seu conteúdo contém elementos sensoriomotores e intelectuais e usualmente são conhecidos pela sociedade e são intemporais (Aragón, 2012). Nesta fase do jogar, destacam-se também duas fases associadas ao entendimento das regras, sendo que a primeira surge entre os sete e os oito anos, e é caracterizada pela intolerância perante a quebra da regra e a inflexibilidade na sua alteração, sendo estas determinantes absolutas do resultado dos jogos. Na segunda fase, entre os dez e os doze anos, as crianças já são capazes de acordar algumas modificações nas regras dos jogos consoante o contexto assim o justifique, sendo essencial que este acordo seja respeitado (Aragón, 2012).

Em psicomotricidade, independentemente do tipo de jogo utilizado, privilegia-se sempre a cooperação, isto é, jogos grupais que desprezam a competição e incidem no trabalho em equipa para um objetivo comum, promovendo a confiança, coesão e comunicação entre o grupo (Aragón, 2012).

Nas sessões terapêuticas de carácter mais relacional, o jogo livre baseado na espontaneidade revela-se bastante adequado para crianças em idade pré-escolar que manifestam uma psicopatologia e cujo meio de comunicação preferencial é o não verbal (Almeida e Morais, 2013), sendo uma oportunidade para que expressem as suas angústias e fantasias pela dramatização e representação (Camilo, 2008).

Segundo Lapierre (2008), o jogo é uma forma de regressão terapêutica, não só por utilizar maioritariamente a comunicação corporal, que apela à primeira relação da criança com o cuidador, mas também por ser uma ponte entre o consciente e o inconsciente no sentido em que as crianças escolhem as suas personagens e papéis dentro do jogo que representam melhor as suas emoções, sentimentos e ações reais, funcionando esta metodologia como um espelho da realidade da criança e permitindo-lhes reviver situações reprimidas que as faz refletir sobre as posturas e atitudes dos outros e integrar melhor essas memórias (Martins, 2001), aperfeiçoando assim o funcionamento psíquico (Almeida, 2005).

1.2.6.2 Relaxação Psicossomática

O corpo é um portador de memórias do conteúdo emocional das experiências vividas, memórias estas que se expressam através dos gestos, posturas e mímicas dos indivíduos, que se tornam a base da individualidade de cada um. Por essa razão, esta linguagem corporal tem um investimento positivo ou negativo em função do significado emocional que assume na memória (Martins, 2001).

A relaxação psicoterapêutica permite o acesso a aspetos afetivos e a representações mentais, através da vivência de experiências tónicas, quinestésicas e emocionais, que permitem uma elaboração psíquica das sensações corporais com a associação a imagens, ideias e pensamentos (Martins, 2001).

A relaxação é uma metodologia de intervenção terapêutica que pode ser utilizada por psicomotricistas que integra um conjunto de técnicas que pretendem induzir o relaxamento do indivíduo a longo prazo, com modificações do seu funcionamento interno, através das interações entre o psíquico e o corpo, tendo em conta a realidade externa e interna do indivíduo (Jacob, 2001).

Quando o estado emocional se encontra perturbado, ocorrem manifestações tónicas corporais, nomeadamente, estado tensionais que influenciam a vida diária, com alterações na motricidade e percepção corporal (Fonseca, 2010). Dessa forma, as técnicas de relaxação podem potenciar a consciencialização corporal, a elaboração do esquema e imagem corporal e o foco no diálogo tónico emocional, permitindo ao individuo despertar para o estado de tensão em que se encontra inconscientemente (Costa, 2008). É então através da diferença dos estados emocionais e tónicos que o individuo desenvolve um conhecimento aprofundado de si, promovendo assim uma melhor coordenação entre a sua parte emocional e as suas ações, e conseqüentemente, uma melhor capacidade adaptativa (Martins, 2001).

1.2.6.3 Método de relaxação terapêutica para crianças de Jean Bèrges e Marika Bounes

O método de relaxação para crianças, proposto por Jean Bergès e Marika Bounes, especifica para crianças entre os cinco e os treze anos, foi desenhado para perturbações psiquiátricas, problemas psicomotores ou de aprendizagem (Bergès-Bounes et al., 2008).

O conteúdo do método compreende três fases que devem estar sempre presentes, embora o tempo de aplicação de cada uma deva ser aumentando progressivamente. Em comum as três fases têm o facto de se iniciarem com o lado dominante da criança e respeitarem a seguinte ordem topográfica: membros superiores, membros inferiores, músculos glúteos, costas, nuca, generalização, plexo solar, face, olhos e testa (Bergès-Bounes et al., 2008).

A primeira fase incide na concentração numa representação mental, sendo que a fase seguinte corresponde à descontração neuromuscular, com a nomeação e toque dos diferentes segmentos corporais a relaxar, seguido da mobilização passiva e introdução da noção de peso. Por fim, a última fase destina-se ao retorno à realidade e ao estado de maior vigilância, com o abandono da representação mental e a percepção do contraste das sensações corporais, respirações profundas e mobilização dos membros relaxados (Bergès-Bounes et al., 2008).

No final deste processo, é feita uma verbalização do que foi sentido durante a sessão (Bergès-Bounes et al., 2008).

1.2.7 O Papel do Psicomotricista

A especificidade do psicomotricista encontra-se na utilização do seu corpo em movimento como instrumento de trabalho e veículo de comunicação com os indivíduos através das suas posturas, mímicas, gestos e atitudes (Martins, 2001a), que devem representar segurança e contenção para que se estabeleça uma relação terapêutica (Almeida, 2005; Martins, 2001a) e que induza o desejo de relação e exploração nos indivíduos (Guimarães et al., 2016).

A partir do momento em que o terapeuta se torna um elemento de confiança e aceite pela criança, é que é possível desenvolver a capacidade de jogar e criar (Martins, 2001a), passando a ser um parceiro que concretiza e completa com a criança (Aragón, 2012).

É fundamental que a postura do terapeuta seja de permissividade, mas com imposição de limites que garantam a segurança dos intervenientes na sessão (Camilo, 2008), sendo sempre essencial a adaptação à realidade da criança, envolvendo que não se desenvolva um modelo de sessão estritamente planeada e organizada, uma vez que isso constitui um risco no que diz respeito à capacidade de escuta daquilo que a criança é capaz de trazer espontaneamente para a sessão e que revela aspetos fundamentais para serem trabalhados (Vecchiato, 1989), sendo então outra característica essencial de um psicomotricista a capacidade de acolher ideias e projetos dos sujeitos intervencionados, sendo que a sessão deve decorrer consoante os seus interesses e motivações para que a motivação seja crescente e a autoestima decorrente da capacidade de produzir ideias também (Vecchiato, 1989).

1.3 Problemáticas dos casos acompanhados

No presente capítulo pretende-se elaborar uma revisão teórica no que diz respeito a perturbações psiquiátricas. Ainda que a maioria dos casos integrados no estágio abordado neste relatório não tenham um diagnóstico definido, a sintomatologia assemelha-se a alguns diagnósticos posteriormente descritos.

Como tal, serão referidos a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção, Instabilidade Psicomotora, Perturbações de Ansiedade e Perturbações da Conduta.

1.3.1 Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

A perturbação da hiperatividade e défice de atenção (PHDA), é considerada uma perturbação do desenvolvimento, que é definida no DSM-5 como a alteração funcional dos níveis de atenção, organização e/ou atividade/impulsividade a um nível inconsistente com o estado do desenvolvimento ou idade da criança, que compromete a sua vida social, académica e/ou profissional (APA, 2013). Esta perturbação apresenta três subtipos, atribuídos aquando o diagnóstico, nomeadamente: apresentação combinada, quando se verifica a presença da desatenção, hiperatividade e impulsividade, apresentação predominantemente desatenta e apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva, consoante a predominância dos sintomas (APA, 2013).

A nível da atenção e organização, as crianças com PHDA manifestam dificuldades na manutenção da atenção no período de escuta do outro ou na realização da tarefa havendo uma consequente falha nas execuções, dificuldade em ouvir instruções até ao fim, desorganização, frequente perda de objetos pessoais e facilidade na distração por estímulos externos (APA, 2013). No que diz respeito aos níveis de atividade e impulsividade, verifica-se uma presença constante de pequenas atividades motoras em tempos de inatividade, dificuldade no respeito dos tempos de espera, dificuldade no envolvimento em brincadeiras mais calmas, presença de um discurso excessivo, frequente interrupção dos outros e intromissão em assuntos alheios (APA, 2013). Para que o diagnóstico desta perturbação seja efetuado, é necessário que alguns destes sintomas já estejam presentes antes dos 12 anos de idade e que se confirmem em mais do que um ambiente frequentado pela criança, permanecendo há pelo menos seis meses (APA, 2013).

Apesar da PHDA ser uma perturbação que acompanha o indivíduo a vida toda, os sintomas de hiperatividade destacam-se mais na infância e ficam menos proeminentes na adolescência e vida adulta, tornando-se as maiores dificuldades a capacidade de organização, planeamento e controlo de impulsividade (APA, 2013).

Numa análise das competências psicomotoras destas crianças, verifica-se usualmente um perfil de hipertonidade, associado à presença de diversas

sincinésias (Gazon, 2006), bem como uma estruturação espaço-temporal distorcida que está intrinsecamente ligada à incapacidade do indivíduo projetar o seu corpo no espaço, consequência de uma alteração na imagem corporal característica desta perturbação também, e uma alteração na estruturação rítmica (Gazon, 2006). Também frequente nesta população, é encontrar dificuldades no planeamento da ação, o que induz alterações nas praxias (Gazon, 2006). Como tal, como defesa perante esta dificuldade, as crianças evitam situações novas e optam pela esquematização das atividades motoras que elaboram, o que faz dos seus movimentos pouco fluídos e harmoniosos (Gazon, 2006).

Com a análise destas restrições típicas da perturbação da hiperatividade e défice de atenção, podemos verificar que o corpo destas crianças se transforma num obstáculo, associado à dificuldade na autorregulação do mesmo. Sendo a principal característica da intervenção psicomotora o trabalho focado no corpo, o psicomotricista vai transformar este corpo num elemento gerador de prazer e intencionalidade para a criança, permitindo-lhe a reconstrução da imagem corporal e restabelecendo as suas capacidades motoras, cognitivas e sócio emocionais (Naia e Martins, 2006).

Esta intervenção irá incidir primordialmente na base das dificuldades associadas à PHDA, nomeadamente, na dificuldade na modulação das relações entre o agido e o representado, através da vivência postural e motora a que a psicomotricidade acede com um trabalho de oscilação entre estados tensionais de repouso e de ação, e do projeto motor com a finalidade na perceção do investimento tónico necessário à realização da ação e a adequação entre os ritmos exteriores e interiores (Martins & Rosa, 2005).

Relativamente à autorregulação e planeamento da ação, a intervenção psicomotora vai auxiliar a criança a analisar o seu plano motor, com os objetivos, sequência e a ação que lhe está associado, trabalhando a retificação do movimento e o seu controlo, a evocação dos programas motores necessários e os aspetos espaciais e temporais (Martins & Rosa, 2005).

Para a concretização destes objetivos, no contexto de uma sessão psicomotora, devem ser proporcionadas atividades de carácter espontâneo por parte da criança, levando-a progressivamente a respeitar algumas orientações

corporais e determinados limites físicos, bem como atividades que permitam um dispêndio de energia e que auxiliem a criança a agir com intencionalidade, com o objetivo na diminuição da necessidade de movimento, e assim progredir para atividades com uma exigência de concentração maior (Martins & Rosa, 2005). No sentido de promover um maior autocontrole, segundo Martins e Rosa (2005), estrategicamente pode começar-se a sessão com atividades mais dinâmicas, e terminar com jogos de inibição. Para uma aquisição da consciência dos limites corporais e da estruturação espacial, podem ser proporcionadas tarefas de coordenação motora e equilíbrio, e para incidir na memória e concentração, tarefas que exijam uma planificação e sequência, que envolvem uma integração das informações sensoriais e portanto, uma capacidade de organização da percepção (Martins & Rosa, 2005).

1.3.2 Instabilidade Psicomotora

Na perspectiva do DSM-5, a instabilidade psicomotora é concetualizada como Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), apresentando os mesmos sintomas base: hiperatividade, impulsividade e défice de atenção (APA, 2013). No entanto, Naia e Martins (2006) apresentam algumas diferenças entre ambas, nomeadamente, segundo os autores, a PHDA é uma perturbação que engloba parâmetros quantitativos e qualitativos que permitam o seu diagnóstico, enquanto que a instabilidade psicomotora diz respeito a um conjunto de comportamentos desregulados, na base da uma alteração a nível emocional e desorganização da personalidade, que desencadeiam a impulsividade e desatenção.

Instabilidade psicomotora é então conhecida como um distúrbio na relação recíproca entre o psiquismo e a motricidade através de uma atividade motora excessiva (Bénavidès, 1996). Este distúrbio manifesta-se através de uma hiperatividade e incapacidade de inibir movimentos excessivos pelo carácter impulsivo dos indivíduos, muitas vezes associado à permanência num contexto de contenção exagerada (Bergès, 1985), pela variação no tom de voz da criança (Bergès, 1985), necessidade constante de exploração do envolvimento e confronto com os objetos e os seus limites (Bergès, 1985), dificuldades de permanência na tarefa e discriminação de estímulos (Dollander & Tychev, 2010), variações súbitas

de humor e dificuldade em respeitar a regra (Dollander & Tychev, 2010), implicações na relação com os pares e insucesso escolar (Dollander & Tychev, 2010), presença de sintomatologia ansiosa e grande insegurança.

Em termos de características psicomotoras, crianças instáveis apresentam frequentemente problemas tónicos, práticos, espaço temporais e imagem corporal (Bénavidès, 1996).

1.3.3 Perturbações da Ansiedade

Segundo a APA (2013), a ansiedade é a antecipação de uma ameaça, enquanto que o medo é a resposta emocional a essa ameaça real ou percebida. Quando estamos perante uma situação em que os níveis de medo e ansiedade são considerados patológicos, persistem além do período apropriado para o nível de desenvolvimento e não se devem aos efeitos fisiológicos do uso de substâncias, estamos dentro do quadro das perturbações de ansiedade (APA, 2013).

Entre as perturbações da ansiedade existem vários cenários possíveis, tendo em conta o tipo de objetos ou situações que estejam a provocar o medo ou ansiedade.

Como tal, segundo a APA (2013), temos a perturbação da ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação da ansiedade social, perturbação de pânico, agorafobia, perturbação da ansiedade generalizada, perturbação da ansiedade induzido por substâncias, perturbação da ansiedade devido a outra condição médica e outra perturbação da ansiedade especificada ou não especificada.

Neste relatório, será abordado com mais detalhe a perturbação da ansiedade de separação, uma vez que estes foram os casos estudados ao longo do período de estágio.

1.3.3.1 *Perturbação da Ansiedade de Separação*

Sendo mais frequente desenvolver-se na infância, mas também podendo expressar-se na idade adulta, a perturbação da ansiedade de separação diz respeito ao medo ou ansiedade excessivo e persistente relativos à separação das figuras de vinculação, para o nível de desenvolvimento, durante pelo menos quatro semanas e desenvolvido até aos 18 anos (APA, 2013). Esta perturbação está

relacionada com o pensamento acerca de eventos que podem levar à perda ou separação destas figuras e relutância no afastamento das mesmas, podendo ser acompanhado de pesadelos e sintomas físicos associados (APA, 2013).

Os indivíduos com perturbação da ansiedade de separação podem ter associados sintomas como o medo da morte das figuras de vinculação, também podem manifestar preocupação relativa ao próprio como perder-se ou serem sequestrados (APA, 2013). É frequentemente neste quadro, existir um medo de sair sozinho ou ficar sozinho sem a figura de vinculação em casa ou noutros contextos, bem como uma aproximação física excessiva da mesma, incluindo a dormir (APA, 2013).

1.3.4 Perturbação da Vinculação

As perturbações da vinculação estão identificadas no DSM-5 sob duas categorias diferentes incluídas nas perturbações relacionadas à exposição a um evento traumático ou stressante, estas são a perturbação da vinculação reativa e a perturbação da interação social desinibida (APA, 2013).

A perturbação da vinculação reativa é atribuída a crianças com idade mínima de nove meses, expressa-se antes dos cinco anos, e deriva da ausência ou uma vinculação não desenvolvida com o cuidador, levando a um quadro de comportamentos de vínculo perturbados, tais como a incapacidade de pedir conforto, apoio ou carinho por parte dos cuidadores e ausência de resposta a comportamentos reconfortantes (APA, 2013). Estas consequências manifestam-se pela ausência de expressão de emoções positivas perante interações sociais, episódios de manifestação de medo, tristeza ou irritabilidade sem motivo aparente, e devem permanecer há mais de doze meses para ser feito o diagnóstico (APA, 2013).

Consequentemente, associada a esta perturbação estão alguns sintomas tais como dificuldade na manutenção do contacto visual, défice de atenção, pouca expressividade e criatividade, manifestação de um jogo mecânico e com ausência de prazer, falta de interesse no adulto, hipotonia e iniciativa ausente (Díaz, 2005).

A perturbação da interação social desinibida, também diagnosticada sob as mesmas condições da perturbação reativa da vinculação, caracteriza-se

essencialmente por um comportamento excessivamente familiar, segundo os padrões culturais, por parte da criança, com pessoas estranhas (APA, 2013). Este comportamento pode incluir a descrição reduzida ou ausente na abordagem e interação com adultos desconhecidos, discurso excessivamente familiar, relutância no retorno ao cuidador e falta na hesitação ao sair com um desconhecido, devendo permanecer há mais de doze meses para ser feito o diagnóstico (APA, 2013).

Contrariamente à perturbação reativa da vinculação, nestes casos verifica-se uma afetividade excessiva por parte das crianças, desinibição face ao adulto estranho, inexistência de medos, procura constante de contacto físico, dificuldade na manutenção da distância interpessoal e uma conduta intrusiva (Soares et al., 2007).

Como já foi referido anteriormente, a psicomotricidade tem como base a sua incidência no vínculo terapêutico para, a partir deste, desenvolver modelos de relação alternativos, proporcionando uma estrutura afetiva repleta de segurança, contenção, disponibilidade e escuta (Soares et al., 2007). Crianças com perturbações da vinculação vivem geralmente com sentimentos negativos de revolta, tristeza e impulsos agressivos, sendo a psicomotricidade um modelo de intervenção eficaz através da utilização do jogo livre e do brincar no decorrer de uma sessão, que permite à criança manifestar os seus desejos e os seus conflitos e sentir-se reconhecida e acolhida pela capacidade de escuta e empatia do psicomotricista, levando-a a descobrir o prazer na relação com o outro (Soares et al., 2007). Na estrutura de uma sessão com este tipo de população, é importante que seja feito no final da sessão um momento de distanciamento na relação terapeuta-criança, onde se substitua os meios corporais por construções mais plásticas ou gráficas, para que a criança se possa descentrar da afetividade vivenciada, e que abandone o jogo simbólico, realizando representações reais do que presenciou (Soares et al., 2007).

Desta forma, ao longo do tempo, vai-se verificando uma progressão na superação dos medos, e a evolução da relação com o adulto, com uma aquisição de maior independência, e uma maior capacidade de partilha dos materiais com os pares. Também a confiança vai aumentando, permitindo uma melhoria nas

capacidades motoras e um autoconceito mais positivo vai-se estabelecendo (Soares et al., 2007).

1.3.5 Perturbação da Conduta

A perturbação da conduta está caracterizada pelo DSM-5 na categoria das perturbações disruptivas, do controlo de impulsos e da conduta, e o seu diagnóstico é atribuído após doze meses de comportamentos que se manifestam regularmente nos contextos frequentados pelos indivíduos, de violação dos direitos dos outros indivíduos ou das regras sociais consideradas apropriadas para a faixa etária em questão (APA, 2013). Esta conduta pode enquadrar-se em quatro grupos principais: comportamentos agressivos que ameaçam ou põem em risco fisicamente outras pessoas ou animais, comportamentos não agressivos que causam perda ou danificam a propriedade, falsidade ou furto e violações severas de regras (APA, 2013).

A perturbação da conduta apresenta também três subtipos consoante a idade de iniciação destes comportamentos, ou seja, se tem início na infância, na adolescência ou se não está especificado. Associado a estes subtipos ainda se consideram três níveis de severidade consoante o impacto dos comportamentos disruptivos, caracterizados em leve, moderado ou severo (APA, 2013).

No caso destas manifestações terem o seu início na infância, geralmente os indivíduos são do sexo masculino e apresentam relações oscilantes com os pares com uma frequente agressão física contra as pessoas (APA, 2013). Decorrente destas condicionantes, indivíduos com perturbações da conduta frequentemente sofrem com uma autoestima pobre, uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de irritabilidade (APA, 2013), sendo que a nível psicomotor, verifica-se uma hipertonidade e descoordenação motora (Costa, 2005).

Segundo Selmi (2011), os problemas comportamentais e a agressividade manifestada por estas crianças são resultado de uma série de conflitos internos consequentes de situações emocionalmente perturbadoras que a criança não consegue gerir, tais como relacionamentos afetivos pobres, incluindo na qualidade da relação tónico emocional com o cuidador (Martins, Santos, Periquito & Fonseca, 2017).

Desta forma, através da sua abordagem corporal, a psicomotricidade pode incidir na expressão e regulação emocional (Boscaini, 2012), com a transformação destes comportamentos agressivos num processo construtivo de organização do pensamento através do jogo (Martins, Santos, Periquito & Fonseca, 2017) e de experiências regressivas que incidam na reconstrução desta perturbada relação tónico emocional com o cuidador (Selmi, 2011).

Neste processo terapêutico, é fundamental que o psicomotricista se demonstre disponível e agente de mudança, permitindo uma projeção inicial da agressividade por parte da criança (Selmi, 2011), e trabalhando na regulação emocional progressiva através do desbloqueio das tensões e superação do isolamento e inibição da criança, conseguido através de um espaço de confiança que transmita segurança à criança intervencionada (Fonseca, 2007).

2 Enquadramento Institucional

2.1 Caracterização do Serviço da Clínica do Parque

Em 1992, foi criado o Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil, do Hospital Dona Estefânia, sendo composto por quatro unidades ambulatoriais: a Clínica da Lapa, a Clínica da Juventude, a Clínica da Encarnação e a Clínica do Parque, um serviço de urgência, uma unidade de internamento e uma equipa de ligação. O objetivo deste grupo de unidades tem como principal objetivo o acolhimento, a avaliação e a intervenção terapêutica de crianças e adolescentes que apresentem problemas ao nível da saúde mental, com a integração das suas famílias no processo.

A Clínica do Parque, parte integrante do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil, do Hospital Dona Estefânia, localiza-se na Avenida do Brasil, mais propriamente no Parque de Saúde de Lisboa, e destina-se ao acolhimento da população infantil em idade escolar, e dos respetivos familiares, residentes nos concelhos de Lisboa e Vale do Tejo, com alterações patológicas a nível emocional, relacional, familiar, de aprendizagem ou de conduta.

O encaminhamento destas crianças para estas instalações é realizado pelo pediatra ou médico de família, que é respetivamente alertado pelos familiares, escolas, tribunais ou outros serviços onde a criança está integrada.

Concretizado o encaminhamento, é realizada a primeira consulta por parte de um pedopsiquiatra ou um psicólogo, sob o intuito da observação e recolha de informações para uma posterior avaliação por parte da equipa multidisciplinar constituinte desta unidade para uma possível atribuição de um diagnóstico provisório e a definição das modalidades da intervenção adequadas para cada caso.

Em termos de infraestruturas, a Clínica do Parque é constituída por dois pavilhões: o pavilhão novo, destinado às consultas externas das crianças, e o pavilhão 25, onde se encontra localizado o Hospital de Dia da Infância da Clínica do Parque (Carreira & Correia, 2011).

2.2 Hospital de Dia- Clínica do Parque

O Hospital de Dia da Infância da Clínica do Parque é uma unidade de cuidados a tempo parcial, criado em 2000 com a principal funcionalidade de responder às necessidades de crianças com problemas de conduta associados, na sua maioria, a dificuldades escolares. O modelo de intervenção realizado neste espaço prevê uma duração de dois anos com uma ação terapêutica incidente na criança, na família e na escola (Carreira & Correia, 2011).

A população alvo desta unidade pode ser caracterizada por grupos de crianças que, na sua maioria, apresentam uma agitação fora da norma, com uma utilização preferencial do agir invés da palavra, como forma de expressão do seu mau estar emocional. Esta excessiva atividade motora torna-se o reflexo da fraca capacidade de mentalização e alia-se frequentemente à agressividade sem qualquer significado relacional. Desta forma, o objetivo do hospital de dia incide na transformação da agitação e agressividade em movimentos relacionais com os pares e os adultos (Carreira & Correia, 2011).

Como referido anteriormente, neste espaço ocorrem contactos terapêuticos com a família e a escola simultaneamente. Em termos do contacto com a escola, este ocorre individualmente com os professores pelo menos duas vezes por cada

período escolar, ou com mais frequência se se justificar. Este contacto é importante para fazer um complemento na avaliação da criança e para que a sua integração na unidade seja facilitada e as ausências no período escolar tenham o menor impacto possível (Carreira & Correia, 2011).

No que diz respeito ao contacto com os pais ou cuidadores, é realizado um grupo terapêutico com uma periodicidade semanal ou quinzenal, que assume uma grande importância tanto para as crianças como para os cuidadores. Para as crianças, o estabelecimento de uma aliança terapêutica entre os seus pais e a equipa assume uma grande importância no que diz respeito à facilitação do seu tratamento (Carreira & Correia, 2005). Já em relação aos próprios pais, o acompanhamento terapêutico é feito com a criação de um espaço de reflexão acerca das problemáticas e comportamentos destas crianças, com a partilha de experiências dos diversos cuidadores presentes e a ajuda do terapeuta com indicações e conselhos que permitam a estes pais compreender os seus filhos e ajudá-los através da contenção do seu sofrimento, e assim puder acalmar a sua própria frustração e angústia (Correia, 2010).

Outro espaço de reflexão importante neste contexto, são as reuniões entre a equipa terapêutica que ocorrem no final das atividades de cada manhã, onde é feito um trabalho de supervisão e inter-visão contínuo e discussão dos casos integrados nos grupos terapêuticos, permitindo o conhecimento aprofundado de cada criança e as respetivas famílias, bem como o seu percurso escolar (Carreira & Correia, 2011).

2.2.1 Horário e Funcionamento

Quanto ao funcionamento do Hospital de Dia, as crianças integrantes estão distribuídas por quatro grupos, sendo que dois grupos funcionam às terças feiras das 09:30h às 12:00h, e os outros dois restantes às quintas feiras no mesmo horário.

A nível organizacional, neste espaço, as crianças semanalmente beneficiam de uma manhã com duas modalidades terapêuticas de grupo: psicomotricidade e expressão plástica, musicoterapia ou terapia ocupacional. Estes dois momentos

são separados por um lanche matinal, onde se privilegia um contacto mais informal entre as crianças e a equipa (Carreira & Correia, 2011).

Sendo assim, no período das 09:30h às 10:30h, um dos grupos está no acompanhamento da terapia ocupacional e o outro no da psicomotricidade. Seguido desse período, as crianças têm então o seu lanche da manhã, para depois regressar às terapias das 11:00h ao 12:00h, onde trocam de área, ou seja, os que estiveram inicialmente a beneficiar da terapia ocupacional vão para a área da psicomotricidade e vice-versa. Também neste período das 11:00h às 12:00h ocorre o grupo de pais noutro espaço.

É então depois, entre o 12:00h e as 13:00h, que é realizada a reunião de equipa destinada à partilha dos acontecimentos do dia, com os respetivos grupos, e uma possível reflexão multidisciplinar.

2.2.2 Serviço de Psicomotricidade do Hospital de Dia

2.2.2.1 Sessão Tipo

Apesar de haver um modelo de sessão praticado neste espaço, são diversas as variantes que condicionam as sessões que vão decorrendo, de acordo com a especificidade de cada criança ou do grupo.

A típica sessão tem uma duração aproximada de sessenta minutos e divide-se em diferentes momentos: ritual de entrada, conversa inicial, organização das atividades, a realização das atividades, o retorno à calma e o ritual de saída.

No ritual de entrada, as crianças retiram os sapatos antes de entrar no ginásio e arrumam-nos à entrada do mesmo. Posteriormente, é feito um diálogo inicial onde se partilham as experiências da semana e as novidades mais importantes que as crianças desejem partilhar com o grupo, sendo um momento em que cada criança tem o seu tempo para expor aquilo que quer.

De seguida é questionado a cada um o que desejam fazer na sessão, sendo que o terapeuta é o elemento organizador que tenta juntar todas as ideias de forma a reduzir os conflitos decorrentes da diversidade de interesses presentes, sendo que o tempo despendido nesta discussão de ideias tende a ser cada vez menor devido à criação de laços de amizade entre os membros do grupo, o que leva à

cedência e facilitação perante a escolha do outro. Chegando à atividade em si, o psicomotricista age como elemento organizador e também como agente que estimula o desenvolvimento das dificuldades de cada criança, através de propostas e orientações dentro do contexto lúdico.

No tempo de retorno à calma, a finalidade é a diminuição do nível de atividade e uma regulação do tônus e ciclos respiratórios, com uma consequente organização do esquema e percepção corporal com um foco na propriocepção. Finalmente, no ritual de saída, as crianças devem arrumar os materiais da sala e sair com calma, usualmente através de uma atividade lúdica que permita dar uma sensação de continuidade do grupo, e por fim calçam os sapatos e deslocam-se até à cozinha onde decorre o lanche da manhã.

No caso das sessões individuais, o modelo segue a mesma estrutura, sendo que envolve uma maior participação do terapeuta na sessão.

2.2.3 Recursos Humanos

Relativamente aos recursos humanos, o Hospital de Dia, apresenta uma equipa composta por 1 terapeuta ocupacional, 1 psicomotricista, 2 enfermeiros especializados em Saúde Mental e Psiquiatria, 1 assistente social e 2 técnicas operacionais.

2.2.4 Recursos Materiais

No âmbito dos recursos materiais disponíveis no Hospital de Dia, este dispõe de uma sala de espera com cadeiras para os familiares e as crianças aguardarem enquanto não se iniciam as sessões. Esta sala também tem à sua disposição diversos brinquedos para as crianças se entreterem nestes intervalos. Neste espaço também existe uma sala de técnicos, uma cozinha, duas salas de reuniões, duas casas de banho, uma sala destinada a trabalhos plásticos, um espaço de agricultura, uma arrecadação e as respetivas salas de terapias, de terapia ocupacional e psicomotricidade. No espaço exterior também existe um espaço de terra com um baloiço na árvore e diversos pneus que as crianças podem utilizar para brincar nos intervalos, ou os terapeutas podem integrar nas suas sessões.

Relativamente ao ginásio de psicomotricidade, esta apresenta-se com uma boa quantidade de espaço livre, ficando a maior parte dos materiais na arrecadação disponível ao acesso das crianças, sob supervisão de um adulto. A sala possui diversos colchões, um banco sueco, um tapete coberto por almofadas, um saco de cobertores, um saco de fantoches e peluches, blocos e círculos de construção, cordas e diversos materiais de esponja.

2.2.5 Articulação com a Comunidade

Em termos de contacto com a comunidade, as crianças do Hospital de Dia dispõem de um dia por ano, no final do mesmo, em que juntamente com os técnicos, saem deste espaço e passam um dia a realizar atividades organizadas por outras estruturas da comunidade.

Realização da Prática Profissional

3 Realização da Prática Profissional

3.1 Atividades de Estágio

As atividades de estágio decorridas neste ano letivo, tiveram o seu início em Outubro, com o acompanhamento co terapêutico de sete crianças durante o período das manhãs de quinta-feira. Os restantes casos integrados no hospital de dia, tinham as suas sessões de psicomotricidade no período das manhãs de terça-feira, sendo que não me foi possível acompanhar estes casos uma vez que estavam destinados à participação das estagiárias de licenciatura integradas neste serviço, sendo que a presença de três elementos com ação terapêutica seria demasiado invasivo e quebraria o vínculo terapêutico essencial vivido neste contexto. Quanto ao acompanhamento terapêutico exclusivo, destinados a um caso devido às possibilidades de cedência de espaço e encaminhamentos para a psicomotricidade no presente período, foi realizado terças feiras à tarde, semanalmente.

Paralelamente ao trabalho direto realizado nas sessões de psicomotricidade, coexistiram discussões informais com a orientadora local com discussões de casos, reuniões de equipa sobre os casos e respetivas famílias, com discussão de estratégias de atuação a nível familiar e procura de informação de outras áreas terapêuticas para completar o perfil dos casos intervencionados. Pontualmente, relativamente ao caso individual, foi realizado também uma articulação com a escola, e mais recorrentemente, uma conversa informal com a família para monitorização do processo terapêutico.

No contexto académico, também foram realizadas sessões semanais do núcleo de estágio, para um acompanhamento eficiente e para um sustentamento teórico das observações e vivências experienciadas no local de intervenção.

3.2 Calendarização

A tabela seguinte representa o cronograma da respetiva organização das atividades de estágio ao longo do ano letivo.

Este período de estágio decorreu desde 26 de outubro de 2017 a 19 de junho de 2018.

Tabela 1 - Calendarização das atividades

Atividades	2017			2018					
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Integração na Equipa									
Acompanhamento Co-terapêutico									
Avaliação Inicial									
Elaboração do Projeto Pedagógico Terapêutico									
Intervenção Psicomotora Individual									
Avaliação Final									
Reuniões de Equipa									
Reuniões do Núcleo de Estágio									

3.3 Horário

Na tabela abaixo, está representado o horário de estágio realizado ao longo do ano letivo

Tabela 2 - Horário das atividades de estágio

	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
9h30				Sessão de Psicomotricidade - Grupo I	
10h00					
10h30				Lanche da Manhã	
11h00				Sessão de Psicomotricidade - Grupo II	
11h30					
12h00				Reunião de Equipa - Área de Dia	
12h30					
13h00					Reunião - Orientadora Local
13h30					
14h00					
14h30		Sessão de Psicomotricidade - Individual			
15h00					
15h30					
16h00		Reunião do Núcleo de Estágio			
19h00					

3.4 Caracterização geral da população atendida

No decorrer do estágio foram apoiadas oito crianças, uma do género feminino e sete do género masculino, com idades compreendidas entre os cinco e os dez anos de idade. A intervenção com estas crianças decorreu segundo duas dinâmicas diferentes, sendo uma criança em registo individual, cinco num grupo terapêutico e os restantes dois noutra grupo terapêutico.

Relativamente aos seus diagnósticos, apenas uma das crianças apresentava diagnóstico de perturbação da hiperatividade e défice de atenção, sendo que as restantes não tinham um diagnóstico atribuído, mas sim características de algumas perturbações emocionais, da ansiedade e da conduta.

Realce-se que por motivos de confidencialidade e questões éticas associadas, os nomes das crianças serão substituídos por nomes fictícios.

No grupo I estavam presentes o Luís, o Filipe, o Pedro, a Maria e o Joaquim com uma faixa etária entre os 5 e os 7 anos, sendo que o grupo II continha o Bruno e o Manuel, com uma faixa etária entre os 9 e os 10 anos.

Em termos de funções da estagiária, diferenciaram-se em acompanhamento co terapêutico com o grupo I e II, e em registo individual com o caso I, sendo que neste último foi possível uma maior autonomia e liderança do trabalho desenvolvido e do estabelecimento dos projetos e objetivos desenvolvidos, sempre com a orientação da Dr.^a Luísa Costa.

3.5 Evolução da população atendida

No sentido de analisar a evolução global da população atendida, foi realizada uma comparação informal através da utilização da Grelha de Observação Psicomotora (Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins & Simões, 2015) entre o que foi observado inicialmente e no fim, para que se possa verificar a importância desta intervenção na mudança comportamental e sintomática das crianças em questão. O resumo dos resultados qualitativos encontra-se na tabela 3.

Tabela 3 - Resultados qualitativos da população atendida

Objetivos Adquiridos	Objetivos Emergentes	Objetivos Não Adquiridos
-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

Luís	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver a capacidade de participar nas atividades coletivas de grupo; -Potenciar a capacidade de realizar tarefas com um par da sua preferência; -Desenvolver um perfil eutónico; -Desenvolver a capacidade de trazer situações do quotidiano para a sessão com ganho de prazer lúdico; -Potenciar a partilha de sentimentos negativos, invés da utilização da agressão. 	-Desenvolver a capacidade de respeitar as regras do adulto da sessão.	
Maria	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver a capacidade de ficar na sessão autonomamente, sem ajuda da mãe; -Desenvolver a capacidade de realizar tarefas com os pares; -Desenvolver a capacidade de brincar sem o adulto. 	-Desenvolver a capacidade de se expressar verbalmente relativamente aos seus sentimentos.	
Joaquim	-Diminuir a frequência da confusão da ficção com a realidade.		<ul style="list-style-type: none"> -Diminuir a presença dos comportamentos opostos; -Melhorar a capacidade de permanecer na tarefa sem auto desvalorização.
Pedro	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver a capacidade de gestão da frustração sem episódios de choro; -Potenciar a capacidade de se expressar verbalmente, sem auxílio do desenho; -Potenciar a iniciativa de dar ideias para atividades na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver a capacidade de comunicar com os pares sem auxílio do adulto; -Melhorar a capacidade de partilha de acontecimentos da semana. 	- Desenvolver o estado eutónico.

Bruno			-Desenvolver a capacidade de ouvir as instruções até ao fim; -Desenvolver a capacidade de partilha de sentimentos.
Manuel	-Desenvolver a capacidade de planejar uma atividade.	-Potenciar a capacidade de gerir a frustração sem comportamentos agressivos.	-Desenvolver a capacidade de ouvir as instruções até ao fim.

Os resultados, na sua generalidade positivos, permitem constatar a importância da intervenção em grupos terapêuticos, como já foi referido anteriormente. A intervenção baseada num método mais relacional permitiu às crianças não só exteriorizarem as suas angústias e medos, na base das suas patologias, mas também aprender e evoluir através do jogo com os seus pares e as terapeutas.

De referir, no entanto, que os resultados menos positivos, nomeadamente no caso do Bruno e do Manuel, estão associados ao facto destes dois elementos formarem um grupo que inicialmente constituiu mais elementos, que desistiram posteriormente da intervenção, o que fez com que a dinâmica de grupo se perdesse ligeiramente e o trabalho não fosse tão eficaz. Mais especificamente em relação ao Joaquim e ao Manuel, a intervenção foi mais difícil de ser concretizada devido às faltas constantes e aos problemas familiares que decorreram ao longo do ano letivo, o que os influenciou negativamente.

No entanto, relativamente ao papel da intervenção familiar, o envolvimento no processo terapêutico através do grupo de pais, permitiu influenciar positivamente o progresso verificado na população.

3.6 Instrumentos de Avaliação

A avaliação psicomotora é realizada com o intuito de quantificar e definir com precisão as dificuldades dos indivíduos, para que posteriormente se possa desenvolver uma planificação terapêutica adequada às necessidades individuais do sujeito intervencionado, bem como realizar uma monitorização da evolução ao longo da intervenção psicomotora (Aragón, 2012). Como tal, é essencial que sejam realizadas, pelo menos, duas avaliações: uma inicial e outra final, para que se

possa apurar se os objetivos definidos inicialmente foram atingidos e assim, verificar a eficácia da intervenção (Aragón, 2012; Rivière, 2010).

Inicialmente, a avaliação deve começar por uma entrevista aos pais onde são apuradas as dificuldades da criança (Aragón, 2012; Costa, 2008). De seguida, deve então ser feita uma observação pelo técnico num contexto de atividade livre para que possa ser feita uma avaliação da criança na sua globalidade com os seus comportamentos habituais, o seu modo de exploração do meio e dos objetos, o seu modo de relacionar-se com os pares, e os elementos que desencadeiam certas reações emocionais (Aragón, 2012). Caso se verifique a necessidade, devem então ser aplicados instrumentos formais que clarifiquem melhor os sintomas verificados (Boscaini, 2012).

No contexto das atividades de estágio, foi então utilizado um instrumento de avaliação, a Grelha de Observação Psicomotora (Duarte et al., 2015) De seguida apresenta-se a caracterização deste instrumento.

3.6.1 Grelha de Observação do Comportamento (Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins & Simões, 2015)

A GOC é uma grelha de observação comportamental que foi desenvolvida no âmbito do núcleo de estagiários de psicomotricidade em saúde mental, sob a orientação do Professor Doutor Rui Martins. O objetivo desta grelha é orientar o olhar do observador para comportamentos organizados em categorias pré-identificadas e divididas em três domínios: comportamento e desempenho, relação e componentes psicomotoras. Desta forma, a grelha permite fazer um registo dos comportamentos do indivíduo ao longo da intervenção terapêutica.

A GOC apresenta uma abordagem quantitativa, ao considerar critérios de frequência dos comportamentos numa escala de 1 (Nunca/Quase Nunca) a 4 (Sempre/Quase Sempre), apresentando também uma possível observação escrita que lhe atribui uma dimensão qualitativa. Em termos de faixa etária e condição biopsicossocial, a GOC não apresenta nenhuma indicação específica, sendo também um instrumento que não exige material específico nem padronizado na sua administração.

4 Estudos de Caso

Neste subcapítulo pretende-se a apresentação dos dois estudos de caso acompanhados ao longo das atividades de estágio. A escolha de um dos estudos de caso deveu-se ao facto de ser o único caso sujeito ao meu acompanhamento exclusivo e individual. O outro estudo de caso foi escolhido devido ao facto de o perfil da criança ser diferente do outro caso, o que fornece uma maior riqueza e diversidade ao relatório, bem como à minha formação profissional. No entanto, ao segundo caso apenas foi feito um acompanhamento co terapêutico em sessões de grupo com outros quatro elementos fixos.

Para cada caso, de seguida apresentado, será descrita a caracterização anamnésica individual bem como todo o processo terapêutico constituído pela avaliação inicial com o respetivo instrumento de avaliação utilizado, pelo perfil intraindividual, pelos objetivos terapêuticos, pela justificação da intervenção delineada, pela avaliação final e resultados respetivos e, finalmente, por uma discussão com respetivas conclusões retiradas.

4.1 Estudo de Caso I

4.1.1 Caracterização Anamnésica

O Mário é uma criança do género masculino, nascido a 1 de agosto de 2011, acompanhado na clínica do parque desde 1 de agosto de 2016, data em que teve a primeira consulta de pedopsiquiatria. Desde esta altura que o Mário apenas se encontra diagnosticado com estrabismo e asma, o que representa apenas uma variante da normalidade sem qualquer influência no processo terapêutico realizado neste local.

O pedido da consulta foi realizado pela mãe, sendo os principais motivos relacionados com os comportamentos de risco, hétero agressividade e irrequietude por parte da criança com consequente insucesso escolar. Segundo as queixas da mãe, o Mário oscilava muito entre uma dependência materna e uma agressividade perante esta figura de referência, e a irrequietude era descrita em qualquer contexto da criança, incluindo na escola, com queixas por parte da professora também. Quando questionada acerca da principal expectativa associada ao processo

terapêutico, a mãe demonstrou uma grande preocupação acerca das capacidades académicas do Mário.

Relativamente ao historial de desenvolvimento, a gravidez não foi planeada, mas foi muito desejada, tendo sido descoberta apenas aos 3 meses de gestação. Durante este período a mãe diz ter estado muito ansiosa pelo receio de não vir a ser boa mãe. O parto foi eutócico, e o tempo de gestação foi de 39 semanas, sem qualquer problema relatado. Em termos de desenvolvimento psicomotor, a marcha e a linguagem foram adquiridas por volta dos doze meses, e o controlo dos esfíncteres aos vinte e quatro. Como tal, é possível afirmar que o desenvolvimento destes parâmetros se desenvolveu de acordo com o padrão de desenvolvimento regular.

No que diz respeito aos períodos de sono, a mãe afirma que o Mário ainda dorme com ela na sala e utiliza chucha para que possa ter um sono tranquilo e regulador, sendo a autonomia uma grande dificuldade na vida desta criança.

Já relativamente às relações familiares, estas são referidas pela mãe do Mário como tensas. O pai do Mário encontra-se preso desde 2013 e é toxicodependente, sendo que o Mário vive com a mãe na casa dos avós paternos juntamente com um tio e dois primos, devido a dificuldades financeiras, uma vez que a cuidadora se encontra desempregada e a receber o rendimento mínimo mensal. A mãe manifesta uma organização do pensamento de carácter depressivo, expressando algum desespero pela situação escolar do filho, bem como um sentimento de incapacidade de cumprir as funções maternas de forma adequada, associado a uma baixa autoestima e valorização pessoal. Em relação ao avô do Mário, a relação com o neto é definida como muito permissiva, havendo um desrespeito pelas regras impostas pela mãe, e a inexistência de limite.

No que concerne aos antecedentes familiares, a mãe e o avô materno do Mário estão diagnosticados com uma depressão, não existindo dados da família paterna.

A história clínica do Mário passa pelos episódios asmáticos que teve, bem como o estrabismo que possui, para o qual utiliza óculos de correção. Em termos

farmacológicos, o Mário estava medicado associado à sintomatologia que manifestava, como o défice de atenção.

O percurso escolar da criança, passou pelo jardim de infância aos três anos de idade, sendo que este ano letivo frequentou o primeiro ano, sendo que a professora relata muitas dificuldades da parte do Mário em manter-se focado numa tarefa para conseguir progredir nas suas capacidades académicas.

Na clínica do parque, a criança foi encaminhada para a psicomotricidade a 7 de novembro de 2017, após uma avaliação psicológica, com a conclusão de que ainda não era possível integrá-la nos grupos do hospital de dia, sendo então recomendado um apoio de carácter individual.

4.1.2 Avaliação Inicial

A aplicação da GOC permitiu apurar que o Mário no decorrer da tarefa apesar de cooperante, participativo e muito motivado para a exploração, manifesta um perfil de distração constante com uma impulsividade característica que afeta o planeamento e execução das atividades. Como tal, verificou-se uma grande dificuldade na manutenção da atenção na tarefa até à sua finalização.

Na sua atitude ao longo das sessões, apesar da relação empática e de afeto criada com a estagiária, verificou-se uma dependência constante da mesma para a concretização das suas ideias, e uma relutância na manutenção do contacto visual e capacidade de escuta.

Em termos de atividade simbólica, a criança transportou em todas as sessões acontecimentos significativos do seu quotidiano para as tarefas, manifestando uma baixa tolerância à frustração quando contrariado e um desejo e prazer na destruição das construções elaboradas no contexto da sessão. Relativamente à sua memória, quando questionado sobre o que se lembrava da sessão anterior, o Mário apresentava dificuldades nesta elaboração.

Por fim, no domínio da linguagem, o Mário apresentava uma grande velocidade de discurso com pouca clareza do mesmo, com a presença de gaguez.

Para uma análise mais detalhada dos resultados da avaliação inicial do Mário, consultar o Anexo A.

4.1.3 Hipóteses Explicativas

Como hipóteses explicativas do caso do Mário, consideraram-se os seguintes fatores: a depressão materna, o aprisionamento da figura paterna, o estilo parental e vinculação estabelecidos e os problemas financeiros familiares.

No que diz respeito ao impacto da depressão da mãe do Mário na criança, verificam-se em vários estudos que a depressão materna, ou stress durante a gravidez, aumentam o risco das crianças virem a apresentar problemas emocionais, sintomas de PHDA ou défices cognitivos (Glover, 2014). Decorrente deste fator, verificou-se a hipótese do estabelecimento de uma vinculação insegura-ambivalente com a criança, o que também revela consequências ao nível da capacidade de regulação emocional que leva a criança a recorrer à hiperatividade como modo de se regular, podendo originar défice na capacidade de resolução de problemas e elevados níveis de ansiedade (Guenedy e Guenedy, 2004).

Relativamente ao pai e ao seu aprisionamento desde os dois anos da criança, esta constitui uma forma de contaminação do bem-estar emocional, podendo ter reflexos na conduta e modo de aprendizagem do Mário (Comfort, 2008).

Por fim, as condições financeiras debilitadas do agregado familiar do Mário podem explicar ou influenciar as suas dificuldades (Duncan, Brooks-Gunn e Klebanov, 1994), podendo ser por a família não ter aporte financeiro para providenciar recursos básicos como alimentação ou abrigo adequados, mas também por o stress causado no ambiente familiar (Dodge, Petit e Bates, 1994).

4.1.4 Fatores de risco e proteção

Tendo em conta o contexto familiar e quotidiano do Mário, foram elaborados alguns fatores de risco e proteção, apresentados na tabela abaixo apresentada, que podem agravar a situação em que se encontra, ou contribuir para a sua evolução.

Tabela 4 - Fatores de risco e proteção

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Agregado familiar demasiado numeroso para a habitação	Disponibilidade materna
Ausência de um espaço próprio	Apoio familiar extenso

Ausência de imposição de limites	
Redução da autonomia da criança por parte da mãe	

4.1.5 Perfil Intraindividual

Após a análise dos resultados obtidos na avaliação formal e informal, foi contruído o perfil intraindividual do Mário com as respetivas áreas fortes e áreas a desenvolver nos domínios cognitivo, socio emocional e psicomotor. A sistematização do perfil encontra-se na tabela 5, apresentada de seguida.

Tabela 5 - Áreas fortes e a desenvolver

Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver
Domínio Cognitivo	
Capacidade de distribuição de tarefas	Manutenção da atenção e foco na tarefa
Capacidade de resolução de problemas	Capacidade de terminar as tarefas
Vocabulário	Memória a longo prazo
	Planeamento da ação
Domínio Socioemocional	
Relação empática com o terapeuta	Manutenção do contacto visual
Disponibilidade na aceitação do outro	Capacidade de compreensão do término da atividade
Jogo simbólico rico	Capacidade de aceitação de sugestões do outro
Motivação	Controlo da impulsividade
Distinção entre fantasia e realidade	
Domínio Psicomotor	
Praxia global	Estruturação espacial
	Regulação tónica

4.1.6 Projeto Terapêutico

No presente capítulo pretende-se apresentar o projeto terapêutico do Mário, tendo em conta os resultados da sua avaliação inicial e o seu perfil intraindividual. Inicialmente serão apresentados os objetivos da intervenção, as atividades que foram privilegiadas e as estratégias desenvolvidas.

4.1.6.1 Objetivos

Após a análise dos resultados obtidos na avaliação inicial feita ao Mário e o estabelecimento do seu perfil intraindividual, foram desenvolvidos os objetivos terapêuticos a serem trabalhados nas sessões, tendo em conta as áreas fortes e as áreas a desenvolver da criança, no domínio psicomotor, cognitivo e socioemocional. A sua síntese está descrita na tabela 6.

Tabela 6 - Perfil intraindividual do Mário

Domínio Socioemocional	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver a reciprocidade relacional	Desenvolver a capacidade de aceitação das sugestões da terapeuta
	Desenvolver a capacidade de arrumar o material no final das sessões
Desenvolver a capacidade do contacto visual	Desenvolver a capacidade de olhar para o outro quando lhe é dirigida a palavra
	Desenvolver a capacidade de manter o contacto visual ao longo de uma conversa
Desenvolver a capacidade de respeito pelas regras	Promover a compreensão do término da atividade
Promover o controlo da impulsividade	Promover tempos de espera progressivamente maiores
	Promover a capacidade de terminar as tarefas
	Diminuir a verborreia
Domínio Cognitivo	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver a atenção	Desenvolver a capacidade de manter-se atento ao longo de uma instrução
	Desenvolver a capacidade de descrição sequencial de ideias
	Desenvolver a capacidade de planeamento das atividades
Desenvolver a memória a longo prazo	Desenvolver a capacidade de recordar acontecimentos da sessão anterior sem ajuda do terapeuta
Domínio Psicomotor	

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver a estruturação espacial	Desenvolver a representação topográfica do local onde se encontra
Desenvolver a regulação tónica	Desenvolver a capacidade de aceder à passividade

4.1.6.2 Atividades

De acordo com os objetivos terapêuticos estabelecidos, as áreas fortes e os interesses do Mário, foram realizados maioritariamente atividades de jogo simbólico, com o desempenho de diversos papéis sociais e atividades do quotidiano. No decorrer deste jogo foram sendo integradas atividades de estruturação espacial, de imitação, de relaxação psicossomática e de cooperação e oposição.

4.1.6.3 Estratégias

Enquanto estratégias de intervenção utilizadas com o Mário, foram mais dirigidas para o controlo da impulsividade. Tendo em conta a área forte do Mário associada ao jogo simbólico rico, investiu-se numa transformação de todas as tarefas e instruções do terapeuta em contexto lúdico, de acordo com o curso da história a ser representada, tal como contar os acontecimentos da semana, sugestão de atividades por parte do terapeuta e momento de retorno à calma.

Para além disto, no momento inicial da entrada na sala terapêutica, todas as semanas foi dada a possibilidade à criança de escolher um brinquedo da sala de espera para levar para a sala e integrar no contexto lúdico da história, uma vez que o acesso à grande quantidade de brinquedos disponíveis na sala de espera provocava uma grande agitação na criança e uma dificuldade em abandonar o espaço. Sendo também uma dificuldade decorrente do défice de atenção do Mário, a capacidade de planear a ação, esta constituiu uma estratégia para a elaboração do plano para a sessão.

Também associado à impulsividade, a dificuldade do Mário em descrever as personagens da sua história e as suas evoluções, foi contornada com a definição da regra de não iniciar a brincadeira sem estarem definidos os nomes, trabalhos e relações sociais entre as personagens.

No final da sessão, devido à dificuldade constante na arrumação de materiais, foi definido um tempo limite de cinco minutos para a arrumação do material da sala antes do abandono da mesma. No caso do incumprimento desta regra, ficou estabelecido que na próxima sessão, a criança ficaria com menos cinco objetos disponíveis.

Antes do ritual de saída, também foi definido um momento estratégico para a percepção de continuidade entre sessões, devido à angústia sentida pela criança, em saber se iria continuar a usufruir das sessões. Como tal, passou a ser parte das sessões um calendário com o dia semanal das sessões com a correspondência de uma figura geométrica a ser pintada no início da sessão, como forma de manifestação da presença, dando a percepção de continuidade no futuro.

4.1.7 Progressão do projeto terapêutico

A intervenção terapêutica com o Mário decorreu somente em registo individual, sendo que, neste contexto, não pôde ser observada a evolução na relação com os pares. Para uma melhor organização e percepção do conteúdo deste capítulo, será feita uma discriminação da evolução do Mário através dos diferentes momentos da sessão tipo: ritual de entrada, conversa inicial, organização das atividades, concretização, retorno à calma e ritual de saída.

Num primeiro momento, o Mário mostrou-se logo muito desinibido face à terapeuta, respondendo a todas as suas perguntas. No entanto, sempre na ausência de contacto visual, e com necessidade de um reforço da parte da mãe para haver um cumprimento da mesma, devido à atitude dispersa da criança face a todos os estímulos que os brinquedos na sala de espera oferecem. Desde este primeiro momento que o Mário não se mostrou hesitante em ir com a terapeuta e separar-se da mãe, mas manifestou alguma dificuldade em deixar os brinquedos.

Em termos de evolução neste processo do primeiro contacto, na quarta sessão o Mário começou a identificar a terapeuta e a saudá-la autonomamente e, devido à estratégia definida para este abandono da sala de espera, a criança procedia imediatamente à escolha de um objeto para levar para a sala terapêutica e integrar na sessão. Este processo começou por ser muito moroso, sendo que no

final do mês de março, verificou-se uma grande evolução no tempo dispendido nesta tarefa.

Relativamente à postura no ritual de entrada na sala terapêutica, nas primeiras sessões a criança cedeu sempre à impulsividade e entrou sem descalçar os sapatos, manifestando logo a sua grande atividade exploratória, sem disponibilizar muito tempo e atenção em cada objeto, com o objetivo de conseguir brincar com todos. Relativamente à seleção da atividade, a criança manifestou sempre um vasto leque de interesses em atividades de jogo simbólico, sobressaindo novamente a sua dificuldade de escolha, que tinha de ser orientada pela terapeuta no sentido de sequenciar as tarefas.

No que diz respeito a este ritual, ao final da sexta sessão o Mário começou a perceber que tinha de respeitar a regra de descalçar os sapatos antes de entrar na sala, começando inclusive a verbalizá-lo em todas as sessões, mantendo sempre posteriormente esta conduta. Na sua atividade exploratória, com o conhecimento dado pela terapeuta de que o tempo que tinha na sessão para brincar era limitado, a própria criança começou a desenvolver estratégias e critérios para explorar o meio, definindo todas as semanas um objeto para explorar melhor. No processo de seleção de atividades, a orientação do Mário foi sendo mais organizada com uma diminuição do feedback da terapeuta.

No decorrer da sessão e do jogo simbólico vivido, inicialmente o Mário quis sempre dar o rumo à história, sendo esta sempre sobre uma família que devia ser protegida contra os inimigos. A responsabilidade desta proteção foi sempre atribuída pelo Mário à figura masculina, ou seja, por ele. Perante as sugestões feitas pela terapeuta, a criança sempre se demonstrou relutante, refutando a ideia de que a personagem feminina, nomeadamente a mãe da família, poderia de facto proteger os elementos da casa. Este contexto lúdico permitiu a perceção da angústia vivida por esta criança face à ausência de uma figura de referência, um elemento contentor das suas inseguranças e medos. Para testar a confiança na terapeuta, o Mário criou uma personagem a quem nomeava “irmãozinho”, um bebé que precisava da proteção da sua mãe, figura retratada pela terapeuta.

Em termos evolutivos, o conteúdo da história do Mário foi sendo alterado. Progressivamente, foi permitida à personagem representada pela terapeuta que defendesse a casa e os seus filhos, demonstração clara da evolução da confiança nesta relação criança-terapeuta, e as atividades contidas na história já foram sendo mais semelhantes a um dia-a-dia normal de uma família, com rotinas diárias. No final do mês de maio, ao começar o processo de desapego da terapeuta, o Mário começou a manifestar um interesse específico por atividades de construção sucedidas de destruição, o que demonstrou uma evolução na sua maturidade.

Relativamente ao final da sessão, no momento de arrumação de materiais, este começou por ser um desafio, tendo em conta a recusa em terminar a história desenvolvida naquela sessão. Inicialmente o Mário não cumpria esta tarefa final, pelo que existiu a necessidade de desenvolver uma estratégia para este problema, ao criar um tempo limite para a arrumação dos materiais ou haveria uma consequência na próxima sessão. Como tal, progressivamente esta tarefa foi ficando mais fácil e mais lúdica para a criança.

No retorno à calma, o primeiro contacto foi de recusa, com dificuldade no acesso à passividade, com a necessidade constante de regressar à brincadeira desenvolvida. No entanto, ao tornar esta atividade uma parte integrante da brincadeira desenvolvida durante a sessão, o Mário manifestou muito menos angústia neste retorno, pedindo inclusive para fazer esta fase final da sessão.

4.1.8 Avaliação Final

Neste capítulo irá ser feita uma comparação com os resultados da avaliação inicial para ser posteriormente analisada a evolução terapêutica.

No que diz respeito à GOC, verificou-se um aumento da ansiedade perante as tarefas, uma melhoria na impulsividade e atenção relativamente às tarefas e respetivas instruções, um aumento do prazer lúdico obtido por atividades propostas pela terapeuta, um aumento da capacidade de manter e dirigir o contacto visual, uma maior capacidade de respeitar as regras, mais especificamente, a regra acerca do término e arrumação de materiais e uma diminuição do discurso verborreico, embora ainda pouco fluente. Na relação com a terapeuta, a criança também melhorou a sua postura relativamente às ideias propostas pela mesma, com uma

diminuição de comportamentos de oposição imediata. Já em relação à dependência da terapeuta, o Mário progrediu ao tornar-se capaz de brincar sem a mesma. Por fim, no que toca à tonicidade, as sincinesias também diminuíram a sua frequência bem como as paratonias.

Para serem constatados e analisados os dados da avaliação final do Mário, consultar Anexo B.

4.1.9 Discussão de resultados e conclusões

Relativamente aos resultados da intervenção terapêutica, os resultados foram satisfatórios, com cerca de 64% dos objetivos adquiridos, 21% emergentes e 14% não adquiridos. Esta classificação foi realizada consoante a frequência dos objetivos, sendo adquiridos se presentes em pelo menos três atividades consecutivas; não adquirido se não se verificou em nenhuma sessão ou verificou-se em até duas atividades e emergente caso a sua presença não tenha sido constante, mas existente em pelo menos três atividades.

Mais detalhadamente, ao nível socioemocional, o Mário atingiu com sucesso os objetivos relativos ao desenvolvimento da sua reciprocidade relacional e à capacidade de respeitar as regras. Já em termos da sua capacidade do contacto visual, a criança passou a conseguir dirigir o olhar para o outro quando lhe é dirigida a palavra, mas a sua capacidade de manter este contacto visual durante uma conversa foi considerado um objetivo emergente. Por fim, em termos da impulsividade, a criança desenvolveu a sua capacidade de terminar as tarefas, mas o seu tempo de espera ainda é um objetivo emergente, sendo que a diminuição da verborreia não foi um objetivo atingido.

Em termos cognitivos, o desenvolvimento da memória a longo prazo não se verificou. No domínio da atenção, os objetivos de desenvolver a capacidade de descrever sequencialmente ideias e planeamento de atividades foi atingido com sucesso, sendo que a manutenção da atenção ao longo de uma instrução não foi uma constante, pelo que foi considerado um objetivo emergente.

Por fim, ao nível psicomotor, tanto a nível da estruturação espacial como a nível da regulação tónica, os objetivos foram atingidos com sucesso.

Apesar das evidentes melhorias na sintomatologia manifestada pelo Mário, é de salientar que o número de sessões foi muito reduzido devido às faltas da criança, o que fez com que a progressão fosse mais lenta tendo em conta que o caso em questão necessitava muito de uma continuidade terapêutica.

4.2 Estudo de Caso II

4.2.1 Caracterização Anamnésica

O Filipe é um menino nascido a 13 de outubro de 2010, acompanhado na clínica do parque desde 7 de novembro de 2016, data em que teve a sua primeira consulta de pedopsiquiatria. Neste momento, o Filipe não apresenta nenhum diagnóstico estabelecido para os motivos de encaminhamento para a clínica do parque, manifestando, no entanto, episódios de *binge eating*, e tendo uma perturbação do sono- insónia terminal.

O pedido de consulta foi realizado pela mãe, devido a uma presença constante de comportamentos de onipotência, impulsividade e heteroagressividade com todo o seu agregado familiar.

O Filipe dorme com a mãe na cama dos pais, enquanto o pai fica no sofá da sala e a irmã tem o seu próprio quarto, uma vez que a criança padece de perturbação do sono e na altura em que teve a primeira consulta ainda era amamentado pela mãe durante a noite.

Em termos da gravidez, a mãe do Filipe diz ter sido muito desejada, mas não planeada, sendo esta a segunda gravidez, tendo a criança uma irmã mais velha. A gestação foi a termo, e o tipo de parto foi uma cesariana, não havendo qualquer complicação durante o processo. No que diz respeito ao desenvolvimento psicomotor, também foi desenvolvido dentro dos padrões normativos.

No que concerne às relações familiares, os pais do Filipe encontram-se a viver na mesma casa apenas por motivos financeiros, sendo que não têm qualquer tipo de relação, com a existência de alguns conflitos nesta dinâmica. A irmã do Filipe representa um papel materno sob o Filipe, com algumas responsabilidades sob a criança. Em termos do vínculo materno, o Filipe manifesta um padrão oscilatório relativamente à sua mãe, entre a dependência e a recusa.

De destacar que o agregado familiar se mudou para Angola quando o Filipe tinha um ano e dez meses, vivendo num hotel sem condições favoráveis para uma criança, tendo posteriormente, passado dois anos, o Filipe, a irmã e a mãe regressado a Portugal sendo que o pai ficou em Angola a trabalhar. Quando a criança tinha cinco anos, o pai regressa a Lisboa, com uma nova reunião da família.

Em termos de antecedentes familiares clínicos, a tia materna do Filipe e o pai padecem de uma depressão, enquanto que a mãe tem doença de Crohn, e recentemente foi descoberto um problema oncológico nos intestinos, o que causou um desequilíbrio na estabilidade familiar, uma vez que a mãe foi internada para fins cirúrgicos. Esta ausência e maior dificuldade por parte da mãe nos cuidados do Filipe causou na criança períodos de oscilação entre revolta e carinho extremo perante a figura materna.

O historial clínico do Filipe contém a perturbação do sono que tem, e os recentes episódios de *binge eating*, sendo que neste momento a criança encontra-se a tomar risperidona e ritalina e beneficia de terapia ocupacional e psicologia clínica na escola que frequenta.

Na sua história educativa, esta criança regista a presença numa creche em Angola, o que se revelou uma experiência negativa uma vez que o Filipe adoecia diversas vezes devido à falta de condições das instalações, acabando por não ter uma boa adaptação a esta fase. Aos três anos, de regresso a Portugal o Filipe frequentou a Associação Penha de França, onde não se adapta bem devido às más relações que estabeleceu com os colegas, tendo em 2016 mudado para o Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves, onde a qualidade das relações sociais continua a ser um problema.

Em 2016, o Filipe começa a ser acompanhado na clínica do parque, tendo sido recomendada em 2017 a integração num grupo terapêutico do hospital do dia da clínica do parque, tendo iniciado a intervenção psicomotora no dia 19 de outubro de 2017.

4.2.2 Avaliação Inicial

Na avaliação feita através da GOC, permitiu verificar que relativamente à postura na tarefa, o Filipe manifesta um perfil muito cooperante, mas bastante distraído, sendo que a sua dificuldade se revela mais ao nível da impulsividade,

nomeadamente, na capacidade de esperar pelo final da instrução para iniciar a tarefa, com constante verbalização no decorrer da mesma, e na atenção, relativa às instruções da terapeuta. No entanto, a sua persistência revela-se um ponto forte do Filipe.

Em termos de ajustamento à tarefa, nomeadamente, nos comportamentos sociais manifestados, o Filipe apresenta algumas dificuldades em se regular e moderar. No entanto, a sua capacidade de iniciativa e sugestão é uma das áreas fortes da criança.

No prazer lúdico ao longo da sessão, o Filipe é uma criança com clara preferência por atividades coletivas, mas com um comportamento de relutância e recusa para com as atividades propostas pelos restantes elementos do grupo.

Outra área a destacar nesta avaliação inicial do Filipe foi a sua atitude face às regras de sessão, uma vez que a criança sempre manifestou uma atitude de chefe do grupo que define as regras, ignorando frequentemente as terapeutas. Perante a oposição das mesmas, também a tolerância à frustração se verificou ser uma área a desenvolver pela criança.

Em termos de comunicação verbal, apenas a ressaltar o facto do Filipe manifestar dificuldades em expressar as suas ideias, em explicá-las aos seus colegas para que eles o ajudem a executar.

Na relação, o Filipe demonstrou ser uma criança afável, mas com algumas dificuldades em gerir a distância interpessoal física entre si e o outro, tornando-se desta forma, frequentemente desadequado. Na relação com as terapeutas, a criança manifestou logo uma preferência e uma dependência de uma das terapeutas, apesar do comportamento de oposição face ao confronto com as regras. Já na relação com os pares, o Filipe sempre foi cooperante e bastante autónomo na oferta de ajuda, sendo, no entanto, incapaz de seguir instruções de um dos pares e muitopositor perante a situação, provocando frequentemente reações de agressividade nos colegas.

Para analisar com maior detalhe os parâmetros da avaliação inicial do Filipe, consultar Anexo C.

4.2.3 Hipóteses Explicativas

Perante as manifestações comportamentais do Filipe consideraram-se algumas hipóteses explicativas, nomeadamente, a amamentação prolongada, os períodos de ausência da figura parental e a partilha do quarto e cama com a mãe.

A hipótese relativa à amamentação prolongada, deve-se ao facto do Filipe ter sido amamentado até aos seis anos de idade. Segundo Winnicott (1994), a criança no início de vida encontra-se num estágio de dependência absoluta onde existe sobretudo o vínculo fusional com a figura materna. Progressivamente, o bebé vai-se desenvolvendo para o estágio de dependência relativa, onde se deverá diminuir este vínculo fusional, para a libertação da presença contínua da mãe, atingindo assim o estágio de independência- fim do período de amamentação- no qual se percebe que o bebé é um ser separado da mãe, diferenciando o seu interior do que lhe é exterior. Tendo em conta o caso específico do Filipe, podemos pressupor que esta etapa de independência e autonomia ainda não foi totalmente atingida, o que está na base da explicação dos seus comportamentos.

Em termos da ausência parental, Eizirik e Bergamann (2004) afirmam que a ausência paterna tem potencial para gerar conflitos no desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança, bem como influenciar o desenvolvimento de alterações do comportamento.

Por fim, a partilha do quarto e da cama com a mãe, pode estar na origem das perturbações do sono da criança (Ferreira, Pires e Silhares, 2015), afetando também o desenvolvimento da sua autonomia e independência (Ferreira, Pires e Silhares, 2015).

4.2.4 Fatores de risco e proteção

Tendo em conta o contexto familiar e quotidiano do Filipe, foram elaborados alguns fatores de risco e proteção, apresentados na tabela abaixo apresentada, que podem agravar a situação em que se encontra, ou contribuir para a sua evolução.

Tabela 7 - Fatores de risco e proteção do Filipe

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Doença da mãe	Boa relação com a irmã

Isolamento social na escola	Presença da mãe no grupo de pais da clínica do parque
Ausência de apoio familiar	Bom acompanhamento por parte da escola

4.2.5 Perfil Intraindividual

Após a análise dos resultados obtidos na avaliação formal e informal, foi contruído o perfil intraindividual do Filipe com as respectivas áreas fortes e áreas a desenvolver nos domínios cognitivo, socioemocional e psicomotor. A sistematização do perfil encontra-se na tabela 8, apresentada de seguida.

Tabela 8 - Áreas fortes e a desenvolver do Filipe

Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver
Domínio Cognitivo	
Estratégias de resolução de problemas	Manutenção da atenção ao longo das instruções das tarefas
Persistência na tarefa	Clareza na explicação verbal das ideias e sugestões
Linguagem verbal recetiva	
Domínio Socioemocional	
Relação empática com o outro	Tolerância à frustração
Motivação	Diminuição dos comportamentos de oposição e agressividade
Jogo simbólico rico	Capacidade de aceitação de sugestões do outro
Motivação	Controlo da impulsividade
Desejo de exploração	Respeito pelas regras
Iniciativa	Gestão da dependência do outro
	Capacidade de partilha dos objetos e espaços
Domínio Psicomotor	
	Regulação tónica

4.2.6 Projeto Terapêutico

No presente capítulo pretende-se apresentar o projeto terapêutico do Filipe, tendo em conta os resultados da sua avaliação inicial e o seu perfil intraindividual. Inicialmente serão apresentados os objetivos da intervenção, as atividades que foram privilegiadas e as estratégias desenvolvidas.

4.2.6.1 Objetivos

Após a análise dos resultados obtidos na avaliação inicial feita ao Filipe e o estabelecimento do seu perfil intraindividual, foram desenvolvidos os objetivos terapêuticos a serem trabalhados nas sessões, tendo em conta as áreas fortes e as áreas a desenvolver da criança, no domínio psicomotor, cognitivo e socio emocional.

Tabela 9 - Perfil intraindividual do Filipe

Domínio Socio emocional	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a capacidade de lidar com a frustração	Promover a capacidade de pedir ajuda em situações de dificuldade
Diminuir os comportamentos de oposição e agressividade	Desenvolver a capacidade de aceitação das ideias dos colegas
	Desenvolver o reconhecimento do adulto como figura de maior autoridade na sessão
	Diminuir a frequência das intervenções físicas para acalmar
Desenvolver a capacidade de respeito pelas regras	Promover a compreensão do espaço terapêutico como um espaço comum e não individual
	Promover a capacidade de partilhar de objetos
	Promover a capacidade de associação de ideias para uma atividade
Promover a gestão da dependência e distância do outro	Desenvolver a capacidade de não imitar os comportamentos do outro
	Desenvolver a capacidade de ter o seu espaço individual no meio coletivo

	Promover a capacidade de se afastar fisicamente do espaço da terapeuta preferencial
Promover o controlo da impulsividade	Diminuir a verborreia Desenvolver a capacidade de explicar detalhadamente as suas ideias
Domínio Cognitivo	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver a atenção	Desenvolver a capacidade de manter-se atento ao longo de uma instrução
Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a regulação tónico emocional	Diminuir as paratonias, promovendo o acesso à passividade

4.2.6.2 Atividades

De acordo com os objetivos terapêuticos estabelecidos, as áreas fortes e os interesses do Filipe, foram realizados maioritariamente atividades de jogo simbólico, jogos de luta e atividades de retorno à calma.

4.2.6.3 Estratégias

Enquanto estratégias desenvolvidas para a intervenção com o Filipe, foram mais dirigidas para a sua dificuldade de perceção de limites, e de noção de grupo.

Como tal, associada à impulsividade do Filipe, a criança debatia-se com a sua urgência em começar as atividades e a inação dos colegas por não lhes ter sido explicado os objetivos e instruções. Foi então definido que as atividades sugeridas pelo Filipe só seriam postas em prática após uma explicação a cada um dos colegas relativamente aos seus papéis no seio da brincadeira, sendo que todos teriam de confirmar se tinham percebido a instrução ou se ainda tinham dúvidas.

Em termos do controlo do comportamento, estrategicamente passaram a ser feitas paragens e momentos de silêncio na presença de disrupções, para que o Filipe se pudesse autorregular, uma vez que isto funcionava para a criança.

Por fim, tendo em conta os comportamentos sociais desajustados, foram incentivados os restantes elementos do grupo a informar o Filipe quando não

gostassem do seu comportamento para que ele pudesse ter conhecimento do efeito do seu comportamento nos outros.

4.2.7 Progressão do projeto terapêutico

A intervenção terapêutica com o Filipe decorreu somente em registo grupal, pelo que a análise do seu comportamento foi sempre feita neste contexto. Para uma melhor organização e perceção do conteúdo deste capítulo, será feita uma discriminação da evolução do Filipe através dos diferentes momentos da sessão tipo: ritual de entrada, conversa inicial, organização das atividades, concretização, retorno à calma e ritual de saída.

No contacto inicial com o Filipe, verificou-se a disponibilidade e postura recetiva da criança, bem como a constante procura pela atenção do adulto. No ritual de entrada, após descalçar os sapatos, manifestou uma atividade exploratória muito presente, mas desorganizada. Neste âmbito, no mês de janeiro, a criança começou a estruturar melhor a sua exploração e a respeitar melhor este ritual, o que se verificou ser uma melhoria passageira associada a um momento de maior tranquilidade familiar em casa.

O momento da conversa inicial, em que o grupo deveria arranjar o seu espaço e sentar-se a partilhar informações sobre si foi alvo de uma grande dificuldade por parte do Filipe, devido à sua hiperatividade. Como tal, neste momento de partilha, além da criança não conseguir estar sentada, também se presenciaram constantemente interrupções verbais dos discursos dos colegas. Em termos evolutivos, o Filipe começou a respeitar mais o adulto enquanto figura de maior autoridade na sessão, o que envolveu melhorias na capacidade de espera e de escuta das instruções das atividades, com uma melhoria na concretização das mesmas.

Em termos da escolha das atividades, em que deve ser feita uma discussão e união das ideias de todos os elementos do grupo, o Filipe apresentou desde o início uma postura de totalitarismo afirmando repetidamente que era o “rei do grupo” e que por essa razão era ele que escolhia as atividades a serem concretizadas na sessão. Como tal, perante a escolha de outras atividades que não as suas preferenciais, a criança assumia uma posição de oposição e desafio face ao adulto,

boicotando simultaneamente as atividades do grupo. Com a evolução do processo terapêutico, o Filipe começou por diminuir a sua interferência negativa nas atividades que não foram escolhidas por si, desenvolvendo algum interesse e participação ativa. Posteriormente, os seus comportamentos opositores foram diminuindo de intensidade, ainda que mantivesse sempre manifestações da sua frustração perante a recusa dos seus interesses. No final do processo terapêutico, em finais de maio, o Filipe já conseguia ocasionalmente associar as suas ideias às dos colegas e construir brincadeiras em conjunto.

Na concretização das tarefas, inicialmente o Filipe manifestou-se muito dependente do adulto de referência que elegeu, dentro da sessão. Como tal, pedia ajuda para todas as ações dentro da atividade, mesmo que fosse capaz de concretizar autonomamente. Neste aspeto, a criança conseguiu começar a desenvolver a sua autonomia através de uma maior proximidade e relação de interajuda com os pares, com o afastamento relativamente ao adulto. A meio do ano letivo, o Filipe começou a manifestar progressivamente um desejo maior de autonomia e independência, com a necessidade de criar espaços próprios e individuais, dentro do espaço de grupo. No entanto, este sentimento confluiu com a ainda necessidade de proximidade do outro e a incapacidade de manifestar verbalmente esta necessidade, sendo um período de confusão e ajustamento perante os pares que foi estando presente até ao final da sessão.

Por fim, no retorno à calma a postura do Filipe foi semelhante face aos outros momentos. Sendo este um momento que envolveu geralmente mais tempos de espera prolongados, devido ao conteúdo das atividades de relaxação praticadas serem aplicadas pelas terapeutas, o Filipe manteve sempre alguma dificuldade neste momento, perturbando o momento dos outros elementos do grupo para ter o seu. Ao longo do ano letivo, este foi sendo um aspeto difícil de corrigir.

No término da sessão, tendo em conta que o ritual de saída envolve a arrumação do material da sala, este foi um dos momentos mais problemáticos vivenciados ao longo do ano letivo. Inicialmente, a criança permaneceu várias vezes na sala por mais tempo que os colegas até aceder à tarefa de arrumar, sendo que ao longo do tempo, o Filipe foi conseguindo perceber que sem esta parte, não poderia utilizar o material nas próximas sessões. Desta forma, a arrumação

começou a ser mais fácil para a criança, sendo até voluntária no final do processo terapêutico.

4.2.8 Avaliação Final

Neste capítulo irá ser feita uma comparação com os resultados da avaliação inicial para ser posteriormente analisada a evolução terapêutica.

No que diz respeito ao comportamento e desempenho na sessão, o Filipe melhorou a sua atenção perante a tarefa bem como na instrução da mesma associado ao facto de ter evoluído num aspeto da sua impulsividade relativamente ao tempo de escuta das instruções ter sido mais prolongado, sendo que no que diz respeito à verbalização recorrente durante a instrução a criança continuou com o mesmo perfil e frequência comportamental. Também na permanência na tarefa o Filipe não apresentou evoluções ou retrocessos, sendo que continua com dificuldades em concretizar as tarefas até ao final.

No ajustamento às tarefas, verificou-se que o Filipe conseguiu mais frequentemente comportar-se de forma adequada. No entanto, perante situações de desajustamento, a criança permanece sem conseguir ajustar-se sem ser chamado à atenção por um adulto, ou sem ser em atividades que o motivam.

Na sua atitude face à tarefa, o Filipe evoluiu na sua preferência de atividades. Sendo que na avaliação final, verificou-se uma maior aderência a atividades individuais, e uma melhoria na aceitação de atividades propostas pelo outro.

No seu discurso, nomeadamente na componente paralinguística do mesmo, a criança diminuiu a frequência do discurso infantilizado, passando a ser mais claro e ajustado à sua faixa etária.

Relativamente ao respeito pelas regras, a avaliação final constatou que o Filipe evoluiu e conseguiu ajustar-se mais frequentemente às regras impostas. No entanto, perante situações de desregulação ainda existentes, a criança manteve-se com uma baixa tolerância à frustração, manifestando, no entanto, uma menor frequência nos seus comportamentos opostos perante o terapeuta e os pares.

O campo relacional foi onde se verificaram as maiores evoluções, sendo que, apesar de ainda existirem algumas atitudes desadequadas face ao outro, o Filipe

passou a gerir muito melhor a sua distância interpessoal física entre si e o outro, e diminuiu muito a sua dependência e preferência pela terapeuta. No entanto, relativamente aos pares, a sua dependência aumentou, com o desvinculo do adulto, havendo sempre uma necessidade da parte da criança, de aprovação e colaboração com os restantes elementos do grupo.

Por fim, no domínio psicomotor, nomeadamente, no acesso à passividade, não se verificaram evoluções ou retrocessos no Filipe, tendo em conta a sua dificuldade em diminuir os seus níveis de atividade.

Para analisar em maior detalhe os parâmetros da avaliação final do Filipe, consultar Anexo D.

4.2.9 Discussão de resultados e conclusões

Relativamente ao resumo da intervenção terapêutica, os resultados foram satisfatórios, com cerca de 57% dos objetivos adquiridos, 28% emergentes e 14% não adquiridos. Esta classificação foi realizada consoante a frequência dos objetivos, sendo adquiridos se presentes em pelo menos três atividades consecutivas; não adquirido se não se verificou em nenhuma sessão ou verificou-se em até duas atividades e emergente caso a sua presença não tenha sido constante, mas existente em pelo menos três atividades.

Mais detalhadamente, ao nível sócio emocional, o Filipe atingiu com sucesso o desenvolvimento da sua capacidade de lidar com a frustração com a maior procura do adulto para ajuda em situações de dificuldade. Em termos dos comportamentos de oposição e agressividade, a criança conseguiu com sucesso passar a reconhecer o adulto como figura de maior autoridade na sessão, respeitando as suas regras, com uma consequente diminuição das intervenções físicas necessárias para acalmar a agressividade latente à oposição. No entanto, neste âmbito, o Filipe ainda está a desenvolver a sua capacidade de aceitação das ideias dos colegas.

No respeito pelas regras e limites, o Filipe ainda não consegue compreender o espaço terapêutico como um espaço comum de todas as crianças e adultos pertencentes, sendo a mesma situação relativamente aos objetos. De referir, no

entanto, que a associação de ideias entre o próprio e os pares foi um objetivo que o Filipe conseguiu adquirir.

Já a impulsividade continuou muito presente na criança, sendo que a frequência da verborreia foi um objetivo emergente, mas a capacidade de explicar detalhadamente as ideias e necessidades não foi bem conseguida. No entanto, a atenção, nomeadamente, a capacidade de manter-se atento ao longo das instruções, foi um objetivo atingido ao longo do ano letivo de intervenção terapêutica.

O domínio mais bem conseguido com alterações significativas foi a gestão da dependência e distância do outro. Neste âmbito, o Filipe desenvolveu a sua autonomia e a sua necessidade de ter um espaço próprio no seio do grupo, sem ser um espaço imitado dos outros elementos do grupo.

Ainda que os resultados da intervenção do Filipe tenham sido satisfatórios, o trabalho em sessão foi muito dificultado por motivos familiares da criança, tanto por ausência de regras e limites neste contexto, como pelo facto da família ter estado a ultrapassar uma fase de doença da mãe do Filipe, ao longo do tempo em que a criança esteve em terapia. Além destes fatores, o facto de o acompanhamento do Filipe ser exclusivamente grupal interferiu com a qualidade da avaliação, sendo, no entanto, o método mais favorável para a criança tendo em conta que os objetivos a serem atingidos, na sua maioria, necessitam todos de um contexto de grupo.

5 Atividades Complementares de Formação

Para além das atividades descritas anteriormente, ao longo do período de estágio foram ainda realizadas atividades complementares que contribuíram para o aprofundamento das competências profissionais e para a melhor integração no local.

5.1 Reuniões do Núcleo de Estágio

Ao longo do ano letivo, simultaneamente ao período de estágio, foram realizadas reuniões semanais do núcleo de estágios de saúde mental infantojuvenil. Estas

reuniões tiveram o objetivo de criar um espaço de partilha e supervisão da prática profissional, com a utilização de ferramentas teóricas. Através destas reuniões foi possível partilhar dúvidas, medos, evoluções e retrocessos que foram sendo sentidos ao longo do ano, através da análise dos casos clínicos e estratégias de cada um dos elementos do grupo.

Assim, foram realizadas apresentações de dois casos clínicos de cada estagiária integrante do núcleo, onde foram realizadas discussões e análises dos casos, bem como delineados os objetivos da intervenção com as respetivas estratégias.

Além disto, cada estagiária também teve a oportunidade de fazer uma apresentação sobre um tema à escolha, relativo à saúde mental. Assim, assistimos e discutimos as seguintes apresentações: “Enquadramento legal da Saúde Mental em Portugal”, “Psicomotricidade e Comportamentos Aditivos”, “A Psicomotricidade nas Perturbações Alimentares”, “As Perturbações da Vinculação e a Psicomotricidade”, “Intervenção Psicomotora na Agitação Psicomotora” e “Intervenção em Grupo Vs. Intervenção Individual” (Consultar Anexo E).

5.2 Reuniões com Orientadora Local

Foram realizadas semanalmente, ao longo do período de estágio, reuniões com a orientadora local no sentido de orientar a prática da estagiária de forma a definir objetivos prioritários a desenvolver com cada um dos casos bem como avaliar os processos das crianças e criar possíveis hipóteses explicativas para a sintomatologia manifestada, com a interpretação de cada comportamento observado e a respetiva comparação com a literatura.

5.3 Reuniões com os Professores

Ocasionalmente, no contexto do estudo de caso I, foi realizada uma reunião com a professora, no sentido de tomar conhecimento do contexto escolar da criança em questão, bem como os objetivos delineados e as estratégias utilizadas pela professora, permitindo uma comparação com os comportamentos e evoluções no contexto terapêutico. Nesta reunião também foi discutido o futuro académico da

criança, tendo em conta a opinião da professora na reprovação da criança para uma melhoria das suas competências antes de transitar para o ano seguinte.

5.4 Reuniões Multidisciplinares

Semanalmente, a seguir às sessões de grupo, foram realizadas reuniões com a equipa do Hospital de Dia, com as especialidades em terapia ocupacional, enfermagem, assistência social e, ocasionalmente, os pedopsiquiatras de cada um dos casos, ou mesmo os professores.

Nestas reuniões foram discutidos todos os casos consoante o que tinha sido observado no dia, a nível da evolução ou retrocesso dos comportamentos, com o complemento do que tinha sido discutido com os pais na intervenção familiar. Desta forma, através de uma visão holística de cada criança, pôde-se formular hipóteses e praticar diferentes estratégias para a evolução terapêutica da criança.

5.5 Formação Adicional

Paralelamente ao trabalho realizado no local de estágio, a discente esteve presente nas Jornadas de Pedopsiquiatria do Centro Hospital Lisboa Centro em novembro de 2017.

5.6 Apresentação de trabalhos

Relativamente aos trabalhos desenvolvidos ao longo do período de estágio, foi realizado um póster para exposição no XXIX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, com o título *Intervenção Psicomotora nas Perturbações da Vinculação* (Consultar Anexo F).

Conclusão

Concluindo com uma análise dos objetivos definidos no regulamento, e comparando com a prática profissional realizada neste estágio, verifico que esta experiência atingiu os pressupostos com um aprofundamento de conhecimentos e metodologias de intervenção psicomotora e as suas ferramentas de avaliação, planeamento e construção de objetivos, contendo também o parâmetro do contacto com a comunidade, nomeadamente com as escolas. Relativamente ao contacto com outros contextos de intervenção, estes também foram realizados através do contacto semanal realizado pela assistente social com as escolas, bem como a intervenção familiar feita com a família das crianças.

No início deste estágio a maior dificuldade foi conseguir concretizar as horas necessárias definidas pelo regulamento, sendo que a instituição só tinha grupos terapêuticos duas vezes por semana, sendo uma das vezes destinada à observação e integração das estagiárias de licenciatura, e não se justificar ter quatro terapeutas para cinco crianças. Como tal, só pude ficar com dois grupos terapêuticos, cujas sessões decorriam durante as manhãs de quinta-feira. No entanto, surgiu a oportunidade de ficar com mais um caso, seguido exclusivamente por mim, com a supervisão da Dr.^a Luísa Costa, num registo individual, a ser acompanhado uma vez por semana também. Como senti que ainda não estava a ter a experiência enriquecedora que um estágio de mestrado devia ser, em discussão com a instituição pude passar a integrar às sextas-feiras, o dia todo, as sessões terapêuticas de psicomotricidade com adolescentes, na clínica da juventude, com o acompanhamento da Dr.^a Sara Duarte. Este período decorreu durante 3 semanas, onde tive a oportunidade de planear algumas sessões de grupo e individuais num contexto diferente. Esta oportunidade revelou-se muito promissora, uma vez que pude adquirir uma visão mais abrangente do contexto de saúde mental, e as diferentes metodologias psicomotoras entre crianças e adolescentes. Por motivos de gestão administrativa, não pude continuar neste contexto, uma vez que a Dr.^a Sara Duarte teve de interromper o seu trabalho na clínica da juventude.

Após este contratempo, não foi possível a minha integração por mais horas na clínica do parque, o que fez com que as horas de estágio não fossem as desejáveis para os pressupostos. No entanto, e apesar disso, todas as horas neste local foram de psicomotricidade, e de experiências muito ricas devido à diversidade de situações com que pude intervir, bem como o facto de poder usufruir de um contexto de co terapia e em grupos terapêuticos, e um contexto enquanto terapeuta com total liberdade e autonomia num registo individual. Além disso, a reunião com a equipa permitiram-me adquirir uma visão do trabalho multidisciplinar com a percepção da importância das diferentes perspetivas para a construção de uma opinião terapêutica. Não menos importante, foram as reuniões com a Dr.^a Luísa que me permitiram adquirir uma maior flexibilidade de pensamento terapêutico e reflexão aprofundada sobre os comportamentos observados em sessão.

Em termos mais teóricos, mas não menos importantes, as reuniões com o núcleo de estágio aportaram as minhas dúvidas mais relacionadas com o planeamento, execução e avaliação psicomotora, permitindo-me associar observações à teoria e criar hipóteses explicativas que me deram uma orientação importante para direccionar e melhorar a minha intervenção e postura enquanto terapeuta. De referir, no entanto, que a avaliação formal e mais abrangente não foi possível de concretizar uma vez que, em reunião com a equipa, definiu-se que não seria favorável sujeitar as famílias a mais um período de avaliação, devido à ansiedade gerada. Além disto, também o facto do contexto de grande parte da minha intervenção ser em contexto de grupo e a disponibilidade de estar com os respetivos elementos em registo individual não ser possível, dificultou este processo.

Concluindo, apesar das dificuldades e contratempos deste estágio, obtive uma experiência que considero muito enriquecedora e reflexiva para o meu futuro percurso profissional, principalmente porque no meu estágio de licenciatura tive a oportunidade de estar num contexto escolar onde a psicomotricidade tem um maior cariz instrumental e mais estruturado com mais ferramentas de avaliação formal quantitativa, e neste estágio pude contrastar com um estágio onde a psicomotricidade vivenciada tem uma base muito relacional, livre e menos

estruturada com um treino muito importante da observação qualitativa dos comportamentos.

Referências Bibliográficas

- Akasha, E. (2004). No início era a relação...*A Psicomotricidade*, (3), 95-104.
- Almeida, G. e Morais, M. (2013). O menino que brinca às escondidas: reflexão sobre uma intervenção em psicomotricidade numa vertente relacional. *A Psicomotricidade*, (16), 61-72.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade*, (6), 56-64.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (Fifth ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association
- Aragón, M. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2018). *APP: Psicomotricidade*. Retirado de: <https://www.apppsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Aucouturier, B. (1993). Los niveles de la expresividad motriz. *Revista de Educación Especial*, 15, 39-48.
- Bénavidès, T. (1996). Sémiologie psychomotrice de l'instabilité: Instabilité. *Evolutions psychomotrices*, (31), 7-12.
- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A. & Sironneau-Bernardeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant: Corps, Langage, Sujet*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson
- Bergès, J. (1985). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 3.
- Bergès, J. & Bounes, M. (1985). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Paris: Masson
- Boscaini, F. (2003). O Desenvolvimento Psico-Corporal e o Papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp.132-162). São Paulo: Editora Manole.
- Camilo, I. (2008). O Brincar na psicomotricidade relacional. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (31), 111-120.
- Carreira, A. e Correia, A. (2011). Unidade de cuidados a tempo parcial para crianças com problemas no comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 31, 7-15.

- Chappaz-Pestelli, M. (1994). Des thérapies psychomotrices à la pratique psychomotrice. In Association Suisse des Thérapeutes de la Psychomotricité, La psychomotricité - reflects des pratiques actuelles. Geneva: Georg Éditions.
- Comfort, M. (2008). *Doing time together: Love and family in the shadow of the prison*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Correia, A. (2010). *“Esta família que é a nossa”... Intervenção terapêutica em grupo com pais de crianças com alterações do comportamento numa Unidade de Cuidados a Tempo Parcial/Área de Dia*. Monografia apresentada no final da formação em Intervenção Sistémica e Terapia Familiar, na Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, Lisboa, Julho de 2010.
- Costa, J. (2005). Dinâmica de grupo em Psicomotricidade de Base relacional. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes: Aprender a Pensar* (273-296). Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora
- de Tyche, C., & Dollander, M. (2010). *La santé psychologique de l'enfant: fragilités et prévention*. Dunod.
- Decreto-Lei n.º 35/99. Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série – A – N.º 30 — 5 de Fevereiro de 1999. P. 679. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de <https://dre.pt/application/file/a/168963>
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Retirado em 2017, de Direção Geral de Saúde: <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Retirado em 2017, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Dodge, K., Petit, G. S. & Bates, J. E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, 65, 649-665.
- Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child development*, 65(2), 296-318.
- Eizirik, M., & Bergmann, D. S. (2004). Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul= Journal of psychiatry of Rio Grande do Sul*. Vol. 26, n. 3 (set./dez. 2004), p. 330-336.
- Emck, C. (2004). O funcionamento psicomotor em crianças com perturbações mentais. *A Psicomotricidade*, (3), 67-76.

- European Forum of Psychomotricity. (2019). *Psychomotricity: General Information*. Retirado de: <https://psychomot.org/psychomotricity/general-information/>
- Fonseca, V. (2007). Manual de observação psicomotora – significação psiconeurológica dos factores psicomotores (2a ed.). Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2010). Manual de Observação Psicomotora – Significação Psiconeurológica dos seus factores. 3a Edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Gazon, V. (2006). De la psychomotricité et de la place du corps dans l'hyperactivité. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 164(7), 620-624.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 25-35.
- Guenedy, N. & Guenedy, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e Aplicações*. Lisboa: CLIMEPSI Editores
- Guimarães, S., Frazão, A., Melo, M., Duarte, S. e Toledo, S. (2016). O Corpo do Psicomotricista: Do corpo agido e vivido ao corpo relacional e terapêutico. *A Psicomotricidade*, (19), 47-65.
- Lapierre, A. (2008). La Psicomotricidad relacional. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(3), 7-14.
- Lei n.º 36/98 de 27 de Julho de 1998. *Diário da República no 169/98 - I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa, Cruz Quebrada: FMH Edições;
- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. F. R., Santos, A., Periquito, F., & Fonseca, A. (2017). Terapia psicomotora no comportamento agressivo: um estudo de caso. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (42), 65-81.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Psicomotricidade e hiperatividade (PHDA). *Vidigal, M., et al., Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes–Aprender a Pensar*. Lisboa, Trilhos Editora.

- Naia, A., & Martins, R. (2006). Psicomotricidade na instabilidade psicomotora. *A Psicomotricidade*, 7, 39-53.
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal...na Psicomotricidade da Criança. Um ensaio para a estratégia de intervenção Educo-Terapêutica...para que a criança comece a adquirir a noção de Sociabilidade, da Criatividade e da Aprendizagem em Grupo. *A Psicomotricidade*, 1(1), 37-41
- Onofre, P. (2004). *A Criança e a sua Psicomotricidade: Uma Pedagogia Livre e Aberta em Intervenção Motora Educacional*. Lisboa. Trilhos Editora
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice base sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 114-119.
- Rutan, J., Stone, W. e Shay, J. (2014). Psychodynamic Group Psychotherapy.
- Selmi, F. (2011). Therapie psychomotrice en pédopsychiatrie et valeur thérapeutique des liens. *Reliance Psychomotrice*, (8), 11-21.
- Silvares, E. F. D. M., Ferreira, R. E. R., & Pires, M. L. N. (2015). Acompanhamento psicológico de criança com problema de sono: um relato de caso.
- Soares, I., Carvalho, M., Dias, P., Rios, S., & Silva, J. (2007). Vinculação e psicopatologia. *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*, 193-240.
- Vecchiato, (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Vecchiato, M. (1989). *Psicomotricidade Relacional e Terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. *Explorações psicanalíticas*, 195-202.
- World Health Organization. (2013). Mental Health: Action Plan 2013 – 2020. Switzerland: WHO Press. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=C7B3982B6668786F62BE9709C8FF4E71?sequence=1
- World Health Organization. (2018). Mental health: strengthening our response. Retirado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- World Health Organization. (2019). Mental disorders. Retirado de: https://www.who.int/mental_health/management/en/

Anexo

Anexo A – Avaliação Inicial do Mário

Grelha de Observação do Comportamento

Nome: [REDACTED] Gênero: F ☐ M ☒
 Data de Nascimento: 01/08/2011 Idade: 6 anos
 Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____
 Instituição: _____
 Nome do Técnico: Armando Rodrigues
 Data de Aplicação: 21/11/2017

1. COMPORTAMENTO E DESEMPENHO NA SESSÃO		
1.1. Apresentação/Postura perante a tarefa		Observações
a. Ansioso	1	
b. Cooperante	4	
c. Distraído	3	
d. Motivado	4	
e. Passivo	2	
1.2. Participação na tarefa		Observações
1.2.1. Adesão		
a. Voluntária	4	
b. Com estímulo	1	
c. Concretiza até ao final	3	
1.2.2. Impulsividade		Observações
a. Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	3	
b. Verbalização constante durante a instrução	3	
c. Planeia a execução da tarefa	1	
1.2.3. Atenção		Observações
a. Presta atenção à instrução da atividade	3	Distrai-se muitas vezes da tarefa, com a supressão de outras.
b. Mantém atenção focalizada na tarefa	2	
1.2.4. Persistência		Observações
a. Esforça-se nas tarefas	4	
b. Desmotiva-se mas mantém-se na tarefa	4	
c. Desiste	1	

1.3. Ajustamento à tarefa		Observações
a. Apresenta comportamentos sociais adequados no decorrer da atividade	4	
b. Apresenta comportamentos sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção	1	
c. Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado	1	
d. Revela agressividade	1	
e. Revela apatia	1	
f. Cumpre os objetivos da tarefa	4	
1.4. Iniciativa e Sugestões		Observações
a. Dá sugestões	4	Mediante reforço
b. Toma iniciativa	4	
c. Toma iniciativa e/ou dá sugestões mas desadequadas ao contexto	1	
1.5. Atitude Face à Tarefa		Observações
1.5.1. Motivação		
a. Empenhado	4	
b. Indiferente	1	
1.5.2. Prazer Lúdico		Observações
a. Desejo de Exploração	4	
b. Alegre	4	
c. Apático	1	
d. Aborrecido	1	
e. Prefere atividades coletivas	4	
f. Prefere atividades individuais	1	
g. Prefere atividades propostas pelo outro	4	
1.6. Comunicação Verbal		Observações
a. Faz perguntas	4	
b. Responde às questões	4	
c. Faz solicitações espontaneamente	4	
1.6.1. Compreensão		Observações
a. Compreende instruções simples sem necessidade de apoio	4	
b. Compreende instruções complexas sem necessidade de apoio	4	
1.6.2. Componentes Paralinguísticas		Observações
a. Volume de voz ajustado	4	

b. Entoação ajustada	4	
c. Timbre ajustado	4	
d. Fluidez do discurso	2	
e. Clareza no discurso	2	
1.6.3. Humor		Observações
a. Manifesta humor	3	
b. Com consequências positivas		
c. Com consequências negativas		
1.7. Comunicação Não Verbal		Observações
1.7.1. Postura		
a. Recetiva (aberta e descontraída)	4	
b. Defensiva (tensa e fechada)	1	
c. Inibida (flexão e fuga ao contacto visual)	1	
1.7.2. Expressão Facial		Observações
a. Expressão facial coerente com o discurso	4	
b. Riqueza e adequação conteúdo emocional da expressão	4	
1.7.3. Olhar		Observações
a. Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente	2	2
b. Dirige o olhar apenas quando é solicitado	2	3
c. Evita o olhar	1	
1.7.4. Gestualidade		Observações
a. Utiliza gestos como suporte à linguagem	3	
1.8. Respeito pelas Regras		Observações
a. Respeita as regras	4	3 Apenas quando se é para terminar
1.9. Tolerância à Frustração		Observações
a. Reage de forma adequada à frustração	3	
1.10. Memória		Observações
1.10.1. Memória de trabalho		
a. Quando solicitado é capaz de descrever uma tarefa acabada de realizar	4	
b. No final da sessão identifica as atividades realizadas	4	
c. No final da sessão descreve as	4	

atividades realizadas		
1.10.2. Memória a longo prazo		Observações
a. Recorda-se da sessão anterior explicando as atividades	③	
b. Recorda-se de situações do quotidiano dos últimos dias	4	
1.10.3. Atividade Simbólica		Observações
a. Realiza representação simbólica de situações	4	
b. Transfere para as atividades da sessão acontecimentos significativos do quotidiano	④	
2. RELAÇÃO		
2.1. Características Gerais		Observações
a. Apresenta uma atitude desadequada na relação com o outro	1	b) deverá ser parte eventual das observações respeitantes a a)
b. Apresenta uma postura desinibida	4	
c. Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro	4	
d. Tolerar o toque do outro	4	
e. Tolerar o toque no outro	4	
2.2. Relação com o Terapeuta		Observações
a. Afável	⑤	
b. Indiferente	1	
c. Em oposição	④ 2	
d. Agressivo	1	
e. Rejeitante	1	
a. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	3	
b. Estabelece relações com pares quando solicitado	4	
c. Estabelece relação apenas quando é procurado	1	
d. Tem preferência por um par	4	
a. Cumpre as instruções	3	Evidencia satisfação
		Evidencia atenção
		Evidencia oposição
		Evidencia indiferença
f. Dependente	①	3 Dependência do Terapeuta
2.3. Relação com os Pares		Observações

e. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria			
f. Estabelece relações com pares quando solicitado			
g. Estabelece relação apenas quando é procurado			
h. Tem preferência por um par			
2.3.1. Cooperação		Observações	
a. Coopera com os pares nas atividades quando solicitados			
b. Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria			
c. Tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro			
2.3.2. Tipo de relação		Observações	
g. Afável			
h. Indiferente			
i. Em oposição			
j. Agressivo			
k. Rejeitante			
l. Dependente			
2.3.3. Instruções		Observações	
b. Cumpre as instruções		Evidencia satisfação	
		Evidencia atenção	
		Evidencia oposição	
		Evidencia indiferença	
2.3.4. Grau de confiança		Observações	
a. Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos			
b. Expõe a sua opinião			
2.4. Cooperação			
2.4.1. Estratégias de resolução de problemas		Observações	
a. Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações	3		
b. Imita as estratégias dos colegas			
c. Desenvolve estratégias pouco eficazes	2		
3. COMPONENTES PSICOMOTORAS			

3.1. Lentificação na resposta		Observações	
a. Atividades verbais			
b. Atividades motoras	1		
3.2. Tonicidade		Observações	
a. Apresenta sincinésias	4		
b. Apresenta paratonias			
c. Revela adequada extensibilidade dos membros			
3.3. Equilíbrio		Observações	
a. Consegue manter-se imóvel de olhos fechados			
b. Consegue manter-se em equilíbrio estático de olhos abertos		Apoio retilíneo	
		Apoio unipedal	
		Apoio na ponta dos pés	
c. Consegue manter-se em equilíbrio estático de olhos fechados		Apoio retilíneo	
		Apoio unipedal	
		Apoio na ponta dos pés	
d. Consegue manter-se em equilíbrio dinâmico			
3.4. Lateralidade		Observações	
a. Preferência manual		Direita	
		Esquerda	
b. Preferência pedal		Direita	
		Esquerda	
3.5. Noção do Corpo		Observações	
a. Distinção direita-esquerda			
b. Reconhecimento tátil dos segmentos em que é tocado			
c. Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em que é tocado			
d. Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro (contralateralmente)			
3.6. Estruturação espaço-temporal		Observações	
a. Memoriza e reproduz uma sequência de estruturas espaciais apresentadas		Manipulativas (e.g., fósforos, materiais, quadriculas)	
		De locomoção	
b. Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada			
3.7. Praxia global e fina		Observações	
a. Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros superiores			
b. Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros inferiores			

Anexo B – Avaliação Final do Mário

Grelha de Observação do Comportamento

Nome: [REDACTED] Género: F ☐ M ☒
 Data de Nascimento: 01/08/2011 Idade: 6 anos
 Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____
 Instituição: _____
 Nome do Técnico: Armando Rodrigues
 Data de Aplicação: 10/06/2018

1. COMPORTAMENTO E DESEMPENHO NA SESSÃO		
1.1. Apresentação/Postura perante a tarefa		Observações
a. Ansioso	<u>1</u>	
b. Cooperante	<u>4</u>	
c. Distraído	<u>3</u>	
d. Motivado	<u>4</u>	
e. Passivo	<u>1</u>	
1.2. Participação na tarefa		Observações
1.2.1. Adesão		
a. Voluntária	<u>4</u>	
b. Com estímulo	<u>1</u>	
c. Concretiza até ao final	<u>3</u>	
1.2.2. Impulsividade		Observações
a. Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	<u>2</u>	
b. Verbalização constante durante a instrução	<u>2</u>	
c. Planeia a execução da tarefa	<u>2</u>	
1.2.3. Atenção		Observações
a. Presta atenção à instrução da atividade	<u>3</u>	
b. Mantém atenção focalizada na tarefa	<u>3</u>	
1.2.4. Persistência		Observações
a. Esforça-se nas tarefas	<u>4</u>	
b. Desmotiva-se mas mantém-se na tarefa	<u>4</u>	
c. Desiste	<u>1</u>	

1.3. Ajustamento à tarefa		Observações
a. Apresenta comportamentos sociais adequados no decorrer da atividade	4	
b. Apresenta comportamentos sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção	1	
c. Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado	1	
d. Revela agressividade	1	
e. Revela apatia	1	
f. Cumpre os objetivos da tarefa	4	
1.4. Iniciativa e Sugestões		Observações
a. Dá sugestões	4	Mediante reforço
b. Toma iniciativa	4	
c. Toma iniciativa e/ou dá sugestões mas desadequadas ao contexto	1	
1.5. Atitude Face à Tarefa		Observações
1.5.1. Motivação		
a. Empenhado	4	
b. Indiferente	1	
1.5.2. Prazer Lúdico		Observações
a. Desejo de Exploração	4	
b. Alegre	4	
c. Apático	1	
d. Aborrecido	1	
e. Prefere atividades coletivas	4	
f. Prefere atividades individuais	1	
g. Prefere atividades propostas pelo outro	2	
1.6. Comunicação Verbal		Observações
a. Faz perguntas	4	
b. Responde às questões	4	
c. Faz solicitações espontaneamente	4	
1.6.1. Compreensão		Observações
a. Compreende instruções simples sem necessidade de apoio	4	
b. Compreende instruções complexas sem necessidade de apoio	4	
1.6.2. Componentes Paralinguísticas		Observações
a. Volume de voz ajustado	4	

b. Entoação ajustada	4	
c. Timbre ajustado	4	
d. Fluidez do discurso	2	
e. Clareza no discurso	2	
1.6.3. Humor		Observações
a. Manifesta humor		
b. Com consequências positivas		
c. Com consequências negativas		
1.7. Comunicação Não Verbal		Observações
1.7.1. Postura		
a. Recetiva (aberta e descontraída)	4	
b. Defensiva (tensa e fechada)	1	
c. Inibida (flexão e fuga ao contacto visual)	1	
1.7.2. Expressão Facial		Observações
a. Expressão facial coerente com o discurso	4	
b. Riqueza e adequação conteúdo emocional da expressão	4	
1.7.3. Olhar		Observações
a. Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente	3	
b. Dirige o olhar apenas quando é solicitado	2	
c. Evita o olhar	1	
1.7.4. Gestualidade		Observações
a. Utiliza gestos como suporte à linguagem	3	
1.8. Respeito pelas Regras		Observações
a. Respeita as regras	4	
1.9. Tolerância à Frustração		Observações
a. Reage de forma adequada à frustração	3	
1.10. Memória		Observações
1.10.1. Memória de trabalho		
a. Quando solicitado é capaz de descrever uma tarefa acabada de realizar	4	
b. No final da sessão identifica as atividades realizadas	4	
c. No final da sessão descreve as	4	

atividades realizadas		
1.10.2. Memória a longo prazo		Observações
a. Recorda-se da sessão anterior explicando as atividades	3	
b. Recorda-se de situações do quotidiano dos últimos dias	4	
1.10.3. Atividade Simbólica		Observações
a. Realiza representação simbólica de situações	4	
b. Transfere para as atividades da sessão acontecimentos significativos do quotidiano	4	
2. RELAÇÃO		
2.1. Características Gerais		Observações
a. Apresenta uma atitude desadequada na relação com o outro	1	b) deverá ser parte eventual das observações respeitantes a a)
b. Apresenta uma postura desinibida	4	
c. Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro	4	
d. Tolerar o toque do outro	4	
e. Tolerar o toque no outro	4	
2.2. Relação com o Terapeuta		Observações
a. Afável	3	
b. Indiferente	1	
c. Em oposição	1	
d. Agressivo	1	
e. Rejeitante	1	
a. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	3	
b. Estabelece relações com pares quando solicitado	4	
c. Estabelece relação apenas quando é procurado	1	
d. Tem preferência por um par	4	
a. Cumpre as instruções	3	Evidencia satisfação
		Evidencia atenção
		Evidencia oposição
		Evidencia indiferença
f. Dependente	2	
2.3. Relação com os Pares		Observações

e. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria		
f. Estabelece relações com pares quando solicitado		
g. Estabelece relação apenas quando é procurado		
h. Tem preferência por um par		
2.3.1. Cooperação		Observações
a. Cooperar com os pares nas atividades quando solicitados		
b. Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria		
c. Tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro		
2.3.2. Tipo de relação		Observações
g. Afável		
h. Indiferente		
i. Em oposição		
j. Agressivo		
k. Rejeitante		
l. Dependente		
2.3.3. Instruções		Observações
b. Cumpre as instruções		Evidencia satisfação
		Evidencia atenção
		Evidencia oposição
		Evidencia indiferença
2.3.4. Grau de confiança		Observações
a. Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos		
b. Expõe a sua opinião		
2.4. Cooperação		
2.4.1. Estratégias de resolução de problemas		Observações
a. Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações	3	
b. Imita as estratégias dos colegas		
c. Desenvolve estratégias pouco eficazes	2	
3. COMPONENTES PSICOMOTORAS		

3.1. Lentificação na resposta		Observações	
a. Atividades verbais	1		
b. Atividades motoras	1		
3.2. Tonicidade		Observações	
a. Apresenta sincinésias	3		
b. Apresenta paratonias			
c. Revela adequada extensibilidade dos membros			
3.3. Equilíbrio		Observações	
a. Consegue manter-se imóvel de olhos fechados			
b. Consegue manter-se em equilíbrio estático de olhos abertos		Apoio retilíneo	
		Apoio unipedal	
		Apoio na ponta dos pés	
c. Consegue manter-se em equilíbrio estático de olhos fechados		Apoio retilíneo	
		Apoio unipedal	
		Apoio na ponta dos pés	
d. Consegue manter-se em equilíbrio dinâmico			
3.4. Lateralidade		Observações	
a. Preferência manual		Direita	
		Esquerda	
b. Preferência pedal		Direita	
		Esquerda	
3.5. Noção do Corpo		Observações	
a. Distinção direita-esquerda			
b. Reconhecimento tátil dos segmentos em que é tocado			
c. Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em que é tocado			
d. Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro (contralateralmente)			
3.6. Estruturação espaço-temporal		Observações	
a. Memoriza e reproduz uma sequência de estruturas espaciais apresentadas		Manipulativas (e.g., fósforos, materiais, quadriculas)	
		De locomoção	
b. Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada			
3.7. Praxia global e fina		Observações	
a. Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros superiores			
b. Coordena os movimentos simétricos ao nível dos membros inferiores			

Anexo C – Avaliação Inicial do Filipe

Grelha de Observação do Comportamento

Nome: [REDACTED] Género: F __ M __

Data de Nascimento: 13/10/2010 Idade: _____ anos

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Instituição: _____

Nome do Técnico: _____

Data de Aplicação: __/__/____

1.1. Apresentação/Postura perante a tarefa		Observações
a. Ansioso	1	
b. Cooperante	4	
c. Distraído	3	
d. Motivado	4	
e. Passivo	1	
1.2. Participação na tarefa		Observações
1.2.1. Adesão		
a. Voluntária	4	
b. Com estímulo	1	
c. Concretiza até ao final	2	
1.2.2. Impulsividade		Observações
a. Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	4	
b. Verbalização constante durante a instrução	3	
c. Planeia a execução da tarefa	3	
1.2.3. Atenção		Observações
a. Presta atenção à instrução da atividade	2	
b. Mantém atenção focalizada na tarefa	4	
1.2.4. Persistência		Observações
a. Esforça-se nas tarefas	4	
b. Desmotiva-se mas mantém-se na tarefa	4	
c. Desiste	1	
1.3. Ajustamento à tarefa		Observações

a. Apresenta comportamentos sociais adequados no decorrer da atividade	2	
b. Apresenta comportamentos sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção	3	
c. Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado	4	
d. Revela agressividade	1	
e. Revela apatia	1	
f. Cumpre os objetivos da tarefa	4	
1.4. Iniciativa e Sugestões		Observações
a. Dá sugestões	4	Mediante reforço
b. Toma iniciativa	4	
c. Toma iniciativa e/ou dá sugestões mas desadequadas ao contexto	1	
1.5. Atitude Face à Tarefa		Observações
1.5.1. Motivação		
a. Empenhado	4	
b. Indiferente	1	
1.5.2. Prazer Lúdico		Observações
a. Desejo de Exploração	4	
b. Alegre	4	
c. Apático	1	
d. Aborrecido	1	
e. Prefere atividades coletivas	4	
f. Prefere atividades individuais	1	
g. Prefere atividades propostas pelo outro	1	
1.6. Comunicação Verbal		Observações
a. Faz perguntas	4	
b. Responde às questões	4	
c. Faz solicitações espontaneamente	4	
1.6.1. Compreensão		Observações
a. Compreende instruções simples sem necessidade de apoio	4	
b. Compreende instruções complexas sem necessidade de apoio	4	
1.6.2. Componentes Paralinguísticas		Observações
a. Volume de voz ajustado	3	
b. Entoação ajustada	4	
c. Timbre ajustado	4	

d. Fluidez do discurso	4	
e. Clareza no discurso	2	
1.6.3. Humor		Observações
a. Manifesta humor		
b. Com consequências positivas		
c. Com consequências negativas		
1.7. Comunicação Não Verbal		Observações
1.7.1. Postura		
a. Recetiva (aberta e descontraída)	4	
b. Defensiva (tensa e fechada)	1	
c. Inibida (flexão e fuga ao contacto visual)	1	
1.7.2. Expressão Facial		Observações
a. Expressão facial coerente com o discurso	4	
b. Riqueza e adequação conteúdo emocional da expressão	3	
1.7.3. Olhar		Observações
a. Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente	4	
b. Dirige o olhar apenas quando é solicitado	1	
c. Evita o olhar	1	
1.7.4. Gestualidade		Observações
a. Utiliza gestos como suporte à linguagem	4	
1.8. Respeito pelas Regras		Observações
a. Respeita as regras	2	
1.9. Tolerância à Frustração		Observações
a. Reage de forma adequada à frustração	1	
1.10. Memória		Observações
1.10.1. Memória de trabalho		
a. Quando solicitado é capaz de descrever uma tarefa acabada de realizar	4	
b. No final da sessão identifica as atividades realizadas	4	
c. No final da sessão descreve as atividades realizadas	4	
1.10.2. Memória a longo prazo		Observações
a. Recorda-se da sessão anterior	4	

explicando as atividades	4		
b. Recorda-se de situações do quotidiano dos últimos dias	4		
1.10.3. Atividade Simbólica		Observações	
a. Realiza representação simbólica de situações	4		
b. Transfere para as atividades da sessão acontecimentos significativos do quotidiano	4		
2.1. Características Gerais		Observações	
a. Apresenta uma atitude desadequada na relação com o outro	3	b) deverá ser parte eventual das observações respeitantes a a)	
b. Apresenta uma postura desinibida	4		
c. Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro	2		
d. Tolerar o toque do outro	4		
e. Tolerar o toque no outro	4		
2.2. Relação com o Terapeuta		Observações	
a. Afável	4		
b. Indiferente	1		
c. Em oposição	3		
d. Agressivo	1		
e. Rejeitante	1		
a. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	4		
b. Estabelece relações com pares quando solicitado	4		
c. Estabelece relação apenas quando é procurado	1		
d. Tem preferência por um par	4		
a.		Evidencia satisfação	4
Cumprir as instruções	3	Evidencia atenção	3
		Evidencia oposição	3
		Evidencia indiferença	1
f. Dependente	4		
2.3. Relação com os Pares		Observações	
e. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	4		
f. Estabelece relações com pares quando solicitado	4		

g. Estabelece relação apenas quando é procurado	1		
h. Tem preferência por um par	4		
2.3.1. Cooperação		Observações	
a. Cooperar com os pares nas atividades quando solicitados	4		
b. Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria	4		
c. Tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro	2		
2.3.2. Tipo de relação		Observações	
g. Afável	3		
h. Indiferente	1		
i. Em oposição	3		
j. Agressivo	1		
k. Rejeitante	1		
l. Dependente	2		
2.3.3. Instruções		Observações	
b. Cumpre as instruções	1	Evidencia satisfação	3
		Evidencia atenção	1
		Evidencia oposição	3
		Evidencia indiferença	1
2.3.4. Grau de confiança		Observações	
a. Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2		
b. Expõe a sua opinião	3		
2.4. Cooperação			
2.4.1. Estratégias de resolução de problemas		Observações	
a. Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações	3		
b. Imita as estratégias dos colegas	4		
c. Desenvolve estratégias pouco eficazes	2		
3. COMPONENTES PSICOMOTORAS			
3.1. Lentificação na resposta		Observações	
a. Atividades verbais			
b. Atividades motoras			
3.2. Tonicidade		Observações	
a. Apresenta sincinésias			

Anexo D – Avaliação Final do Filipe

Grelha de Observação do Comportamento

Nome: [REDACTED] Género: F __ M X
 Data de Nascimento: 13/10/2010 Idade: _____ anos
 Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____
 Instituição: _____
 Nome do Técnico: _____
 Data de Aplicação: __/__/____

1. COMPORTAMENTO E DESEMPENHO NA SESSÃO		
1.1. Apresentação/Postura perante a tarefa		Observações
a. Ansioso	1	
b. Cooperante	4	
c. Distraído	2	
d. Motivado	4	
e. Passivo	1	
1.2. Participação na tarefa		Observações
1.2.1. Adesão		
a. Voluntária	4	
b. Com estímulo	1	
c. Concretiza até ao final	2	
1.2.2. Impulsividade		Observações
a. Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	2	
b. Verbalização constante durante a instrução	3	
c. Planeia a execução da tarefa	3	
1.2.3. Atenção		Observações
a. Presta atenção à instrução da atividade	3	
b. Mantém atenção focalizada na tarefa	4	
1.2.4. Persistência		Observações
a. Esforça-se nas tarefas	4	
b. Desmotiva-se mas mantém-se na tarefa	4	
c. Desiste	1	

1.3. Ajustamento à tarefa		Observações	
a. Apresenta comportamentos sociais adequados no decorrer da atividade	3		
b. Apresenta comportamentos sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção	3		
c. Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado	4		
d. Revela agressividade	1		
e. Revela apatia	1		
f. Cumpre os objetivos da tarefa	4		
1.4. Iniciativa e Sugestões		Observações	
a. Dá sugestões	4	Mediante reforço	
b. Toma iniciativa	4		
c. Toma iniciativa e/ou dá sugestões mas desadequadas ao contexto	1		
1.5. Atitude Face à Tarefa		Observações	
1.5.1. Motivação			
a. Empenhado	4		
b. Indiferente	1		
1.5.2. Prazer Lúdico		Observações	
a. Desejo de Exploração	4	Dificuldades em estar sozinho, em realizar tarefas sozinho. Muita dificuldade em aceitar atividades dos outros	
b. Alegre	4		
c. Apático	1		
d. Aborrecido	1		
e. Prefere atividades coletivas	4		
f. Prefere atividades individuais	2		
g. Prefere atividades propostas pelo outro	2		
1.6. Comunicação Verbal		Observações	
a. Faz perguntas	4		
b. Responde às questões	4		
c. Faz solicitações espontaneamente	4		
1.6.1. Compreensão		Observações	
a. Compreende instruções simples sem necessidade de apoio	4		
b. Compreende instruções complexas sem necessidade de apoio	4		
1.6.2. Componentes Paralinguísticas		Observações	
a. Volume de voz ajustado	3	Às vezes fala mais alto para se fazer ouvir	

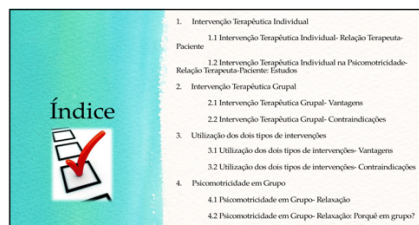
b. Entoação ajustada	4	
c. Timbre ajustado	4	
d. Fluidez do discurso	4	
e. Clareza no discurso	3	
1.6.3. Humor		Observações
a. Manifesta humor		
b. Com consequências positivas		
c. Com consequências negativas		
1.7. Comunicação Não Verbal		Observações
1.7.1. Postura		
a. Recetiva (aberta e descontraída)	4	
b. Defensiva (tensa e fechada)	1	
c. Inibida (flexão e fuga ao contacto visual)	1	
1.7.2. Expressão Facial		Observações
a. Expressão facial coerente com o discurso	4	
b. Riqueza e adequação conteúdo emocional da expressão	3	
1.7.3. Olhar		Observações
a. Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente	4	
b. Dirige o olhar apenas quando é solicitado	1	
c. Evita o olhar	1	
1.7.4. Gestualidade		Observações
a. Utiliza gestos como suporte à linguagem	4	
1.8. Respeito pelas Regras		Observações
a. Respeita as regras	3	
1.9. Tolerância à Frustração		Observações
a. Reage de forma adequada à frustração	1	
1.10. Memória		Observações
1.10.1. Memória de trabalho		
a. Quando solicitado é capaz de descrever uma tarefa acabada de realizar	4	
b. No final da sessão identifica as atividades realizadas	4	

c. No final da sessão descreve as atividades realizadas	4		
1.10.2. Memória a longo prazo		Observações	
a. Recorda-se da sessão anterior explicando as atividades	4		
b. Recorda-se de situações do quotidiano dos últimos dias	4		
1.10.3. Atividade Simbólica		Observações	
a. Realiza representação simbólica de situações	4		
b. Transfere para as atividades da sessão acontecimentos significativos do quotidiano	4		
2. RELAÇÃO			
2.1. Características Gerais		Observações	
a. Apresenta uma atitude desadequada na relação com o outro	3	b) deverá ser parte eventual das observações respeitantes a a)	
b. Apresenta uma postura desinibida	4		
c. Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro	4		
d. Tolerar o toque do outro	4		
e. Tolerar o toque no outro	4		
2.2. Relação com o Terapeuta		Observações	
a. Afável	4		
b. Indiferente	1		
c. Em oposição	2		
d. Agressivo	1		
e. Rejeitante	1		
a. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	4		
b. Estabelece relações com pares quando solicitado	4		
c. Estabelece relação apenas quando é procurado	1		
d. Tem preferência por um par	1		
a. Cumpre as instruções	3	Evidencia satisfação	4
		Evidencia atenção	3
		Evidencia oposição	2
		Evidencia indiferença	1
f. Dependente	2		

2.3. Relação com os Pares		Observações	
e. Estabelece uma relação com os pares por iniciativa própria	4	O David tem preferência por a terapeuta mas não com os pares	
f. Estabelece relações com pares quando solicitado	4		
g. Estabelece relação apenas quando é procurado	1		
h. Tem preferência por um par	1		
2.3.1. Cooperação		Observações	
a. Cooperar com os pares nas atividades quando solicitados	4		
b. Procura e ajuda os seus pares por iniciativa própria	4		
c. Tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro	2		
2.3.2. Tipo de relação		Observações	
g. Afável	3		
h. Indiferente	1		
i. Em oposição	3		
j. Agressivo	1		
k. Rejeitante	1		
l. Dependente	4		
2.3.3. Instruções		Observações	
b. Cumpre as instruções	2	Evidencia satisfação	3
		Evidencia atenção	1
		Evidencia oposição	2
		Evidencia indiferença	1
2.3.4. Grau de confiança		Observações	
a. Mostra-se à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos	2		
b. Expõe a sua opinião	3		
2.4. Cooperação			
2.4.1. Estratégias de resolução de problemas		Observações	
a. Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações	3		
b. Imita as estratégias dos colegas	4		
c. Desenvolve estratégias pouco eficazes	2		

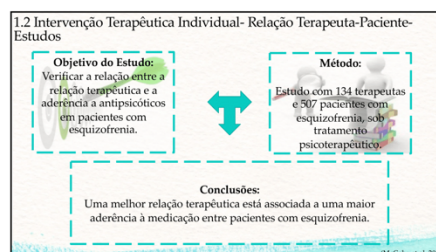
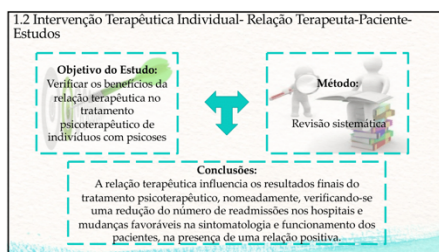
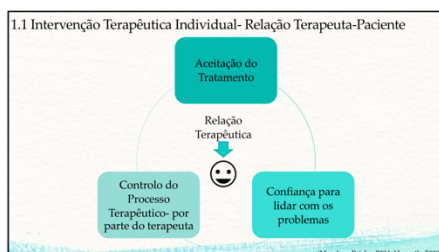
Anexo E – Apresentação “Intervenção de Grupo Vs Intervenção Individual”

22/09/19



1

22/09/19



2



2. Intervenção Terapêutica Grupal

⚠ A maior parte da literatura produzida por psicometristas centra-se na intervenção individual.

Os grupos terapêuticos oferecem oportunidades únicas de socialização, que permitem trabalhar aspetos como a intimidade, individualização e interdependência, permitindo que os membros integrantes possam de se visualizar uns aos outros e perceberem o impacto das suas ações no outro.

Grupos terapêuticos oferecem um grande suporte emocional, funcionando como pequenas e restritas comunidades.

(Ratan, Stone e Shaw, 2014)

2. Intervenção Terapêutica Grupal

Quando é indicada?

Uma intervenção de grupo é recomendada para pacientes que se encontram socialmente isolados, caracterizados por uma grande inibição social.

Porque não a intervenção individual?

Clarkin e Perry (1984) sugerem que a terapia de grupo é mais indicada para conflitos interpessoais enquanto que a terapia individual incide mais em conflitos internos pessoais.

(Clarkin & Perry, 1984; Tinsland and Rivas, 1984; Yalom, 1976)

2.1 Intervenção Terapêutica Grupal- Vantagens

- O grupo fornece oportunidades de socialização e de aprendizagem de novas atitudes, crenças, identidades e comportamentos.
- Utilização do feedback pelos pares
- Ambiente seguro e estruturado.
- Integração dos membros do grupo como uma fonte de apoio emocional e social.

(Tinsland & Spector, 1986; Yalom e Lenz, 2000)

3

2.1 Intervenção Terapêutica Grupal- Vantagens

- Empatia pelas necessidades e preocupações dos outros
- Sentimento de pertença
- Foco na resolução de problemas comuns pelo esforço conjunto do grupo.
- Oportunidade de observar as conquistas dos outros incentiva a conquista própria.

(Tinsland & Spector, 1986; Yalom e Lenz, 2000)

2.2 Intervenção Terapêutica Grupal- Contraindicações

Barreiras Práticas

Necessidade Exclusiva de Intervenção Individual

Características da Personalidade de cada um

(Tinsland & Spector, 1986)

2.2 Intervenção Terapêutica Grupal- Contraindicações

Barreiras Práticas	<p>O número de pacientes com problemas ou perturbações semelhantes podem não ser suficientes para formar um grupo, num determinado contexto.</p> <p>Experiências passadas, medo ou inibição numa situação grupal, pode levar à resistência ou recusa da experiência de tratamento em grupo.</p> <p>Recursos humanos podem não ter capacidades ou competências para desempenhar o papel de terapeutas no seio de um grupo.</p> <p>Horários dos pacientes podem não ser compatíveis com os dos restantes membros do grupo.</p>
---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Tinsland & Spector, 1986)

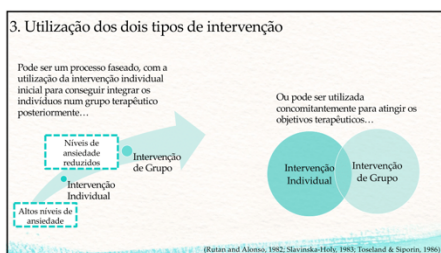
2.2 Intervenção Terapêutica Grupal- Contraindicações

Necessidade Exclusiva de Intervenção Individual	<p>Pacientes em situações mais críticas precisam de uma resposta imediata e mais focada nas necessidades individuais.</p> <p>Cientes que precisam de ajuda mais individualizada para ultrapassar dificuldades motivacionais, ou em casos em que o trabalho incide na individualização da personalidade.</p> <p>Necessidade da relação terapêutica de um-para-um para que os objetivos sejam alcançados.</p> <p>Preferência por uma intervenção individual por desconforto na partilha de assuntos de alta sensibilidade pessoal.</p>
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

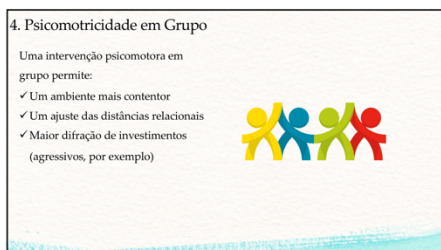
(Hawcutt, 1976; Northrup, 1982; Tinsland & Spector, 1986)

4

2.2 Intervenção Terapêutica Grupal- Contraindicações	
Características da Personalidade de cada um	Pacientes com comportamentos sociais desviantes ou comportamentos bizarros podem incitar relações negativas entre o grupo ou interferir negativamente no tratamento.
	Presença de agressividade ou competição não saudável podem causar uma dinâmica negativa e pouco produtiva.
	Pacientes com baixa tolerância à frustração e altos níveis de ansiedade podem estar contraindicados para uma intervenção de grupo.

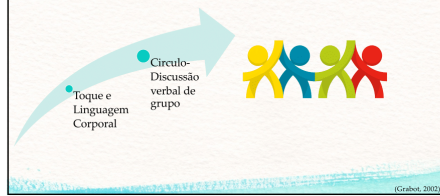


5



6

4. Psicomotricidade em Grupo



4.1 Psicomotricidade em Grupo- Relaxação

Num grupo de relaxação, existe mais do que um terapeuta na sala, sendo que cada participante vai ter o seu terapeuta de referência desde o início até ao final do tratamento, e é com ele que ocorre, principalmente, o contacto físico e verbal.



(Bergier-Bouneir e Laurin-Petit, 2006)

4.2 Psicomotricidade em Grupo- Relaxação: Porquê em grupo?

Maior sensação de liberdade, uma vez que na relaxação individual o participante está mais sob o olhar atento do terapeuta, percebendo o desejo imperativo de relaxamento por parte do mesmo

Grupo não dissipa os efeitos da transferência entre o terapeuta e o participante, e ainda desenvolve uma proposta de relaxação que cada participante desenvolve a sua forma

O grupo permite que surjam os efeitos de imitação

Comparação de sensações entre os participantes

(Bergier-Bouneir e Laurin-Petit, 2006)

5. Conclusões


A terapia individual não apresenta desvantagens, podendo, no entanto, ser mais vantajosa para alguns indivíduos uma terapia de grupo, principalmente quando o problema está nas relações interpessoais

A terapia individual pode ser mais indicada para alguns indivíduos devido às vantagens da relação terapêutica para alguns casos, bem como a necessidade de uma maior atenção e foco nas características individuais.


A terapia em grupo promove competências sociais e suporte emocional que a terapia individual não consegue alcançar.

A terapia em grupo e a terapia individual podem ser utilizadas concomitantemente para atingir melhores resultados.

Anexo F – Póster “Intervenção Psicomotora nas Perturbações da Vinculação”



Constança Varela ¹, Glória Pereira ¹, Mariana Costa ¹, Ariana Rodrigues ¹ e Rui Martins ²
¹ Estudantes no mestrado em Reabilitação Psicomotora (Faculdade de Motricidade Humana - Universidade de Lisboa)
² Professor Associado na FMH-UL



INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NAS PERTURBAÇÕES DE VINCULAÇÃO

XXIX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

1. Introdução

O presente póster incide sobre o enquadramento da intervenção psicomotora no âmbito do apoio clínico a crianças com problemas de vinculação, em contextos transdisciplinares de intervenção em Saúde Mental infantojuvenil.

A psicomotricidade é um espaço que permite à criança a progressiva construção e evolução do seu pensamento, promovendo a percepção e consciência corporal, a expressão e regulação das emoções e do comportamento e aumentando a sua adaptação aos contextos relacionais de forma segura e confiante. Desde as primeiras fases da ontogénese, em que o funcionamento relacional da diade, constitui o “motor” do desenvolvimento, a partir de uma simbiose fisiológica e afetiva, a criança vai estruturando os alicerces do seu EU numa dinâmica relacional onde predomina o diálogo tónico-emocional. A presença ou ausência do outro, a dinâmica de aproximação/afastamento, a dinâmica postural, gestual, as atividades de contenção, as sincronias rítmicas, o contacto térmico, constituem suportes essenciais à organização primária da criança, que quando inadequados podem provocar problemas de individualização e de gestão de distância, com os consequentes problemas na afirmação da identidade. Desta forma, ao longo deste póster serão abordados temas como a Psicomotricidade, os tipos de vinculação, a relação entre a psicomotricidade e as perturbações de vinculação e os modelos internos operantes.

2. O que é a Psicomotricidade em saúde mental infantojuvenil?

A psicomotricidade é uma atividade de mediação corporal, na qual a criança reencontra experiências sensoriomotoras agradáveis, através de ações motoras, proporcionando a aquisição de processos simbólicos, com base na atividade lúdica. Combina o corpo com a parte cognitiva, o real com o imaginário, o espaço com o tempo.

A intervenção psicomotora no contexto de saúde mental infantojuvenil apresenta um caráter preventivo e terapêutico, incidindo em diversas problemáticas, nomeadamente nas perturbações da vinculação (APP, s.d.).

3. O que é a vinculação?

Vinculação segura

- A criança sente-se ansiosa com a separação da mãe;
- Evita o estranho quando está sozinho, mas até consegue interagir com este se a mãe estiver presente;
- Quando se reencontra com a mãe demonstra felicidade e, utilizando-a como base-segura na exploração do meio.

Vinculação insegura-ambivalente

- Inquietação com a separação da mãe;
- Desconforto na presença do estranho;
- Ambivalência comportamental: reage negativamente perante o regresso da mãe e em simultâneo faz apelo à aproximação com um comportamento de protesto e solicitação pelo choro;
- Fraca exploração do ambiente.

Vinculação insegura-evitante

- Ausência de inquietação na separação da mãe;
- Interação com o estranho;
- Evitamento do contacto com a mãe após o reencontro com esta, mesmo quando a procura durante a sua ausência.

Vinculação desorganizada

- A criança tanto protesta descontroladamente e quer o colo da mãe como adota uma postura imóvel e silenciosa;
- Postura de afastamento da figura de vinculação na presença do estranho;
- Comportamentos agressivos perante o afastamento da figura de vinculação.

4. Quais as respostas da Psicomotricidade aos problemas de vinculação?

Vinculação Insegura-Ambivalente

Comportamentos de Agressividade

Através do brincar, a criança poderá expressar as suas angústias e experiências de ira, sendo que ao amadurecer deparar-se-á com uma outra alternativa: a construção. Na mesma perspetiva, é importante destacar que a agressividade é a expressão motora do desejo de destruição, afirmação e superioridade (Costa, Pereira e Fróis, 2016), que em contexto de sessão poderá manifestar-se simbolicamente através de batalhas e perseguições, nas quais são experimentados papéis de supremacia e onipotência pela criança.

Vinculação Insegura-Evitante

Comportamentos de Evitamento

Novamente está presente a dinâmica simbólica, já que o brincar proporciona a capacidade da criança exteriorizar o mundo real, refletindo ao mesmo tempo a sua realidade interna (Vinnicott, 1975). Neste sentido, podem surgir situações relacionadas com o cuidar e o ser cuidado, num espaço onde os objetos ganham vida e transformam-se num lugar de proteção e contenção (Costa, 2008). Estas atividades de contenção, de imitação, onde o toque e a relação calorosa estão presentes na relação entre a criança e o Psicomotricista evocam vivências de cariz regressivo, que se assemelham aos movimentos corporais voluntários e involuntários e a reações posturais (expressões faciais e mímicas), que ocorrem na diade mãe-bebé e vão tornando consciente a existência de um “EU” (Almeida, 2014).

Vinculação Desorganizada

Comportamentos de Desorientação

Mediante as experiências que o bebé adquire no seu crescimento, vai desenvolvendo os chamados “internal working models” – modelos internos operantes (MIO) – que são representações mentais das relações que estabelece com a figura de vinculação. A figura de vinculação não consegue atender à criança em termos de conforto e de exploração, os seus MIO serão caracterizados como indignos ou incompetentes (Bretherton, 1992). Desta forma, o bebé/criança vai incorporando crenças positivas ou negativas de si mesmo e dos outros (Bretherton, 1992; Maia, Ferreira, Veríssimo, Santos e Shin, 2008). Os MIO são construídos ativamente pela criança, através das interações repetidas ao longo do tempo com a figura de vinculação, levando à aquisição de determinadas expectativas e comportamentos (Bretherton, 1992; Maia et al., 2008).

5. Bibliografia

Almeida, L. (2014). A questão do Eu e do Outro na psicanálise contemporânea. *Estudos de Psicologia*, 29(5), 551-564.

APP (s.d.). *Psicomotricidade*. Retrieved from <http://www.app.pt/pt/psicomotricidade>

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(2), 109-132.

Bouscary, M. (2017). *La psychomotricité dans le cadre de l'éducation thérapeutique*. Consulté de <http://www.psychomotricite.fr/>

Costa, L. (2008). *Um olhar para o corpo - A psicomotricidade*. Lisboa: Teófilo Editora.

Costa, C., Pereira, G., & Fróis, L. (2016). A abordagem da psicomotricidade segundo a Metáfora Axiológica. *INTERDISCIPLINAR: Revista de intervenção, valores e realidade*, 3(2), 1-10.

Ferreira, V. (2002). *Manual de Psicomotricidade*. Lisboa: Teófilo Editora.

Hesse, E. & Main, M. (2000). *Disorganized (Fear, Care, and Lack of Attachment) in Childhood and Adult Attachment*. *Journal of the American Psychiatric Association*, 107(1), 101-107.

Lapierre, A., & Aucouturier, B. (2004). *Introdução ao movimento*. Coimbra: Alameda.

Maia, J., Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A., & Shin, S. (2008). A construção e representação do eu na infância: do período pré-natal ao período pós-natal. *Avances em Psicologia*, 19(2), 423-433.

Novais, A., & Novais, B. (2005). *Psicomotricidade e educação*. Lisboa: Teófilo Editora.

Novais, B. (2008). *Psicomotricidade e educação*. Lisboa: Teófilo Editora.

Novais, B. (2010). *Psicomotricidade e educação*. Lisboa: Teófilo Editora.

Novais, B. (2012). *Psicomotricidade e educação*. Lisboa: Teófilo Editora.

Novais, B. (2014). *Psicomotricidade e educação*. Lisboa: Teófilo Editora.

Novais, B. (2016). *Psicomotricidade e educação*. Lisboa: Teófilo Editora.

Novais, B. (2018). *Psicomotricidade e educação*. Lisboa: Teófilo Editora.

Novais, B. (2020). *Psicomotricidade e educação*. Lisboa: Teófilo Editora.

– 108 –